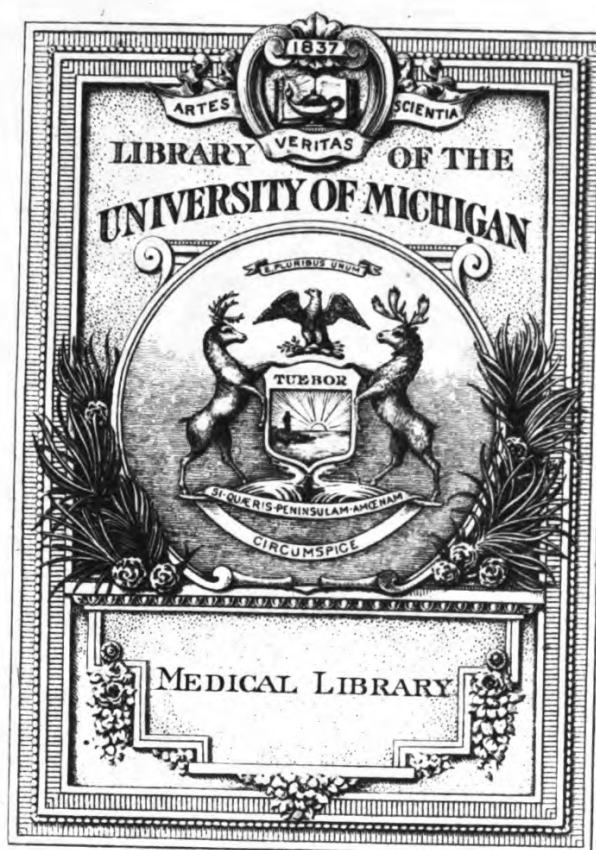
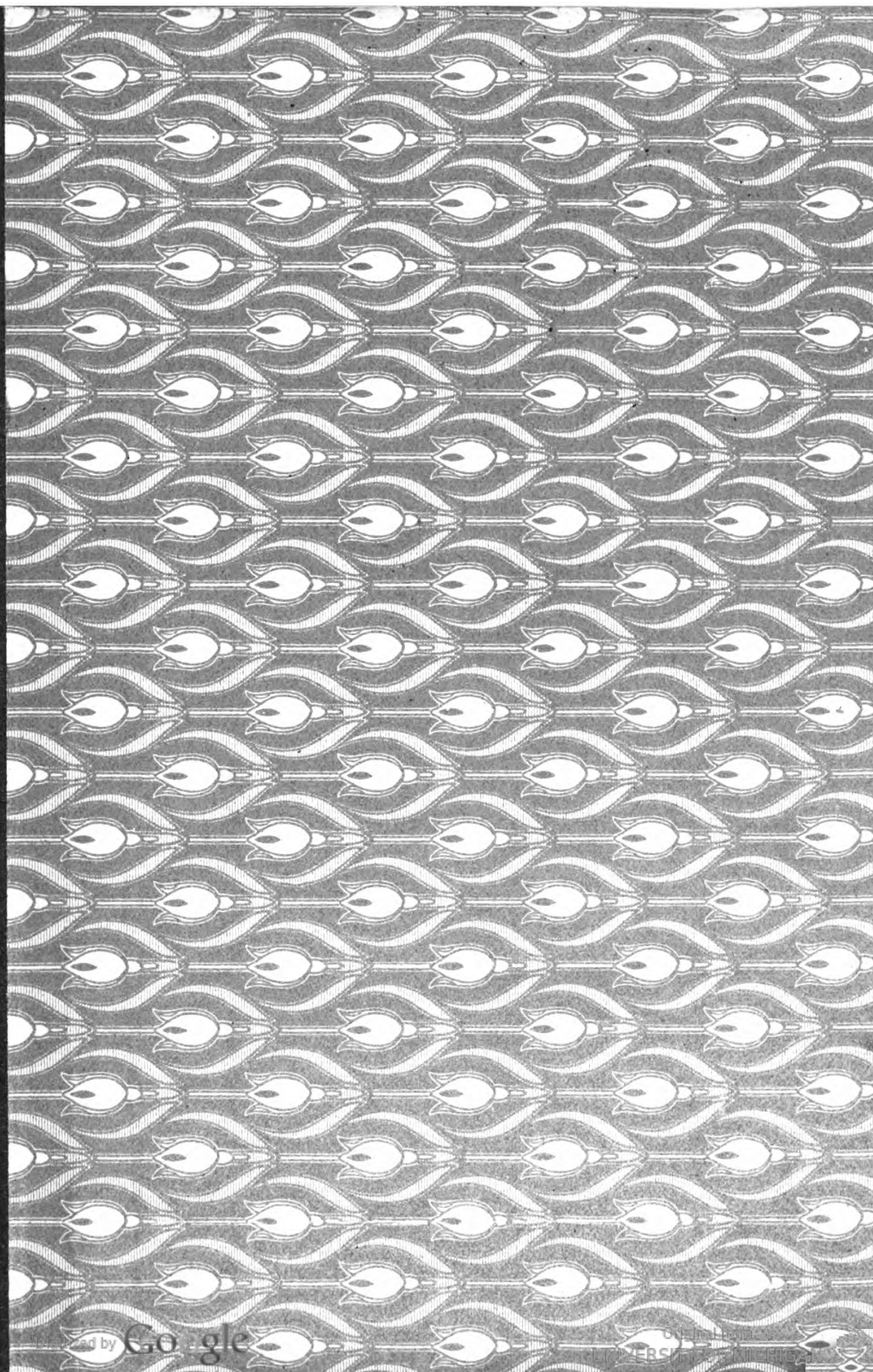




A 3 9015 00380 198 5
University of Michigan - BUHR

Excerpta medica
1904/1905.





610.5
E95

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben

von

Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.



Vierzehnter Jahrgang 1904/1905.



CARL SALLMANN IN LEIPZIG

1905.

Medical
Müller
1-29-27
13902

Verzeichniss der Stich- und Schlagworte*).

Adenoide Vegetationen 2.
Agrypnie 4, 6, 10.
Akne 12.
Alopecia 2, 9.
Anaemie, Chlorose 3, 7, 9, 11.
Anaesthesie, Narkose 1, 3, 4,
5, 7, 10.
Angina 7.
Antisepsis, Asepsis, Desinfection
4, 10.
Arthritis urica 2.
Arzneiexantheme 2, 8, 12.
Asthma 4, 5, 6, 9.
Augenentzündungen 3, 5, 6, 11.
Basedow'sche Krankheit 4, 8.
Blutungen 1, 2, 4, 5, 6, 8, 11.
Bronchitis 7, 9, 10.
Cholelithiasis 10.
Combustio 2.
Condylome 8.
Cystitis 1, 7.
Diabetes 1, 2, 5, 9.
Diphtherie 5.
Ekzem 4, 7, 10, 12.
Enuresis 1.
Epilepsie 7, 11.
Erysipel 3, 6.

Fracturen und Luxationen 3,
4, 8, 12.
Fremdkörper 5, 11.
Furunculosis 11.
Glaukom 10.
Gonorrhoe 1, 2, 5, 7, 8, 10, 11.
Haemorrhoiden 9.
Helminthiasis 5.
Hernien 2, 6, 10.
Herpes 7.
Heufieber 6, 10.
Hydrocele 6.
Hyperidrosis 1, 4, 5, 8, 12.
Hysterie 5, 8, 10.
Insectenstiche 3.
Intoxicationen 1, 2, 8, 11, 12.
Magen- und Darmkatarrhe 2,
5, 9, 12.
Meningitis 9, 10, 11.
Milzbrand 2.
Morbilli 10.
Neuralgieen 7.
Neurasthenie 12.
Obstipatio 5, 10.
Osteomyelitis 3.
Otitis 4, 10.

*) Hier bezeichnen die Zahlen die Nummern des Blattes, bei den
übrigen Registern die Seiten.

IV

Paralysen 1, 7, 11.

Pemphigus 1, 9.

Perniones 9.

Pertussis 7, 12.

Pes varus 8.

Pleuritis 8.

Pneumonie 2, 8.

Pruritus 1, 10, 11.

Psoriasis 4.

Rheumatismen 1, 5, 7, 10, 11.

Rhinitis 6, 8, 12.

Scabies 9.

Scarlatina 5.

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10.

Sepsis, Pyaemie 1, 7.

Strictura oesophagi 8.

Strictura urethrae 5.

Syphilis 2, 3, 6, 7, 9, 11.

Tabes dorsalis 3.

Tuberculose 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 12.

Tumoren 3, 10, 12.

Typhus abdominalis 1, 4, 8.

Ulcus cruris 3, 6, 9.

Ulcus molle 9, 12.

Ulcus ventriculi 1, 12.

Unguis incarnatus 9.

Vitia cordis 1, 4, 6, 11, 12.

Inhalts-Verzeichniss.

A.

- Abdominale Scheingeschwülste bei Kindern 436.
- Abort, der künstliche 264.
- Abrissbrüche der Tuberositas tibiae, die unvollständigen 109.
- Abrissfractur der Tuberositas tibiae 160.
- Abscesse, renale und perineale, nach Furunkeln und sonstigen peripheren kleinen Eiterherden 478.
- Abziehbilder, über bleihaltige 352.
- Acid. citricum, die Behandlung des Gelenkrheumatismus mit 503.
- Acne rosacea, Apparat zur Behandlung der 188.
- Adenoide Vegetationen, einige Bemerkungen über 49.
- , Heilung zweier Fälle von Exophthalmus bilateralis und eines Falles von Chorea durch Entfernung von 333.
- Aderlass bei acuter Kohlenoxydvergiftung, über einen Fall von lebensrettender Wirkung des 13.
- Adonis vernalis, zur Behandlung von Herzkrankheiten mit 179.
- Adorin, ein neues Pulver zur Behandlung des Schweissfusses 166.
- Adrenalin bei Blutungen, zur Verwendung des 56.
- , seine Anwendung in der chirurgischen Praxis 247.
- bei Gebärmutterblutungen 334.
- Adrenalin-Cocain, seine Verwendung in der Geburtshilfe und Gynaekologie 194.
- Adrenalin-Cocain - Anaesthesie bei Zahnextraktionen 1.
- Aetherflaschenverschluss 283.
- Aethylchlorid u. Methylchlorid, eine weitere Indication zur localen Anaesthesie mit 283.
- Akne, Heilung derselben durch ein neues, narbenloses Operationsverfahren, das Stanzen 513.
- Albargin bei Gonorrhoe 42, 346.
- Alkohol-Silber-Salbe 413.
- Alkohol injectionen, die Behandlung der Hernien mit 65.
- Alopecia, Tannobromin bei 378.
- areata, Behandlung und Heilung durch directe Bestrahlung mit kaltem Eisenlicht 50.
- —, zur Pathogenese der 52.
- pityrodes, Campherspiritus gegen 377.
- seborrhoica, Thigenol bei 292.
- Amaurose nach Magenblutung, Fall von einseitiger 3.

VI

Anaemie, über innerliche Darreichung von Lysol bei 380.

—, Bromlecithin bei 382.

Anaesthesin 195.

—, locale, Erfahrungen damit in der poliklinischen Praxis 99.

—, —, mittels Aethylchlorid und Methylchlorid, eine weitere Indication zur 283.

—, —, in Verbindung mit den Nebennierenpräparaten 284.

— bei chirurgischen Erkrankungen, insbesondere der Speiseröhre 147.

Anaesthesirung nach Oberst, zur Methodik der 146.

Anaesthol 284.

Aneurysmen der Art. carotis interna, Oculomotoriuslähmung und plötzlicher Tod infolge von 15.

Angina, Collargolpinselungen bei Diphtherie und 203.

—, Formamint-Tabletten bei 287.

— s. auch „Mandelentzündungen“.

— pectoris, über 383.

Anthraxol bei Ekzem 158.

—, über eine neue Formel zur Bereitung von Bädern, Waschungen und Umschlägen von Ol. cadinum und 292.

—, einige Bemerkungen über das farblose Theerpräparat 517.

Antiphon, ein einfaches 374.

Antipyreticum, Maretin als 81, 82.

Antipyrin exanthem, eine seltene Localisation eines 515.

Antistreptokokkenserum, ein Fall von schwerer allgemeiner Sepsis geheilt mit 29.

—, über einen Fall puerperaler Infection, geheilt unter Anwendung des Aronson'schen 29.

—, casuistischer Beitrag zur therapeutischen Anwendung des Aronson'schen 314.

Antithyreoidin (Möbius) bei Basedow'scher Krankheit 331—333.

Antituberculosenserum Marmorek, Erfahrungen mit dem 232.

Antitussin bei Keuchhusten 538.

Anus praeternaturalis, ein Pessar zum Verschluss des 138.

Aortenklappeninsuffizienz, das Trauma als Aetiologie bei 38.

Apparat für sterilisirte physiologische Kochsalzlösung, stets fertig zum Gebrauch 92.

Argentum colloidal, erfolgreiche Behandlung eines Falles von Erysipel mit 251.

— oxydatum bei Magengeschwür 37.

— citricum, Itrol Credé pro oculis bei Augenentzündungen 468.

Arhovin bei Gonorrhoe 11.

Aristochin 236.

— bei Pertussis 537.

Aristolöl in der Augenheilkunde 198.

Arthritis urica, Citarin bei 52, 53.

— —, Aspirin bei 53.

Arthritis, Bemerkungen über gonorrhoeische 297.

Ascites, Beitrag zur Behandlung des tuberculösen 273.

Aspirin bei Arthritis urica, Gelenkrheumatismus und Pertussis 53.

—, ohrenärztliche Erfahrungen mit 169.

Aspirinexanthem, puppenkopfförmiges 53.

Aspirinspiritus 412.

Asthma cardiale, über 383.

Badecuren im Kindesalter 511.

Bacteriurie, Helmitol bei 291.

Baldrian - Präparate, moderne 461.

Balsamum peruvianum bei der Wundbehandlung, die Verwendung von 187.

— — bei Ulcus cruris 274, 406.

— — bei Mal perforant der Diabetiker 390.

Bandage für grosse Bauchbrüche 434.

Bandwurmcuren, zur Technik der 211.

Barutin, ein neues Diureticum 373.

Basedow'sche Krankheit, über einseitigen Exophthalmus bei 153.

— — mit Muskelatrophieen und secretorischer Insufficienz der Magenschleimhaut, ein Fall von 153.

— —, ein bisher nicht beobachtetes Symptom der 153.

Asthmacuren mit Geheimmitteln und Patentmedicinen 151, 196, 242.

Atoxylinjectionen, zur Technik der 468.

Atropinanwendung bei Ileus, zur Casuistik der subcutanen 220.

— in der Frauenheilkunde 316.

Augenentzündungen, Argent. citricum, Itrol Credé pro oculis bei 468.

Augenheilkunde, Unguentum Credé in der 105.

B.

Basedow'sche Krankheit, Antithyreoidinserum (Möbius) bei 331—333.

Bauchbrüche, eine Bandage für grosse 434.

Belladonna-Vergiftungen in der augenärztlichen Praxis 67.

Bienenstich, zur Casuistik des 112.

Binden, schwarze 415.

Bioferrin, eine neue biologische Eisenverbindung 282.

— in der Kinderpraxis 97.

— bei kleinen anaemischen Kindern 465.

Bioson, ein Eiweiss - Eisen - Lecithin-Nährpräparat 281.

Bismutose bei Magendarmstörungen der Phthisiker 128.

Blasenkatarrh bei Kindern, 3 Fälle von 7.

—, zur inneren Behandlung desselben, Urotropin und dessen Ersatzmittel 290.

— s. auch „Cystitis“.

VIII

Bleivergiftung, über einen Fall von spastischer Spinalparalyse infolge einer 69.

Blennorrhoea neonatorum, Bemerkungen über Häufigkeit und Verhütung der 106.

— —, zur Verhütung nach Credé 107.

Blutungen, zur Verwendung des Adrenalins und Suprarenins bei 56.

— aus dem Respirations- und Verdauungstractus 200.

— der oberen Lufwege, über 469.

Bornyval, Erfahrungen mit 350, 537.

Borsäure - Aluminiumacetatlösung, über den Gebrauch der haltbaren 414.

Borsalbe bei einer Brandwunde, über einen Todesfall nach Anwendung der officinellen 485.

Bougiemethode, die Einleitung der künstlichen Frühgeburt

bei engem Becken mittels der 26.

Brandwunden s. Combustio.

Brombehandlung, periodische, bei Epilepsie 473.

Bromipin bei den durch Brom erzeugten Hautaffectionen Epileptischer 513.

Bromlecithin bei Anaemie 382.

Bronchialasthma, zur Therapie des 382.

Bronchialkatarrhe, die medicamentöse Behandlung acuter und chronischer 385, 424.

Bronchopneumonie, Beitrag zur Therapie der infantilen 355.

Brüche, zur Behandlung eingeklemmter 254.

Brustfellentzündung und Muskelrheumatismus 308.

Brustfellsack, Fall eines Fremdkörpers im 474.

Buttermilch-Conserve, über Erfahrungen mit einer neuen 532.

C.

Cancroid auf lupöser Grundlage bei starkem Diabetes behandelt mit Röntgenstrahlen 61.

Capillarbronchitis, behandelt mit Senfwassereinwickelungen 289.

—, zur Behandlung der 425.

Carbunkel, eine neue Behandlungsmethode des Furunkels und 477.

Carcinom, das 458.

Cerolin bei Furunculose und Obstipation 442.

Chinin in der Kinderpraxis, über Anwendungsformen des 89.

— subcutan zu injiciren 558.

— sulfur. als wehenverstärkendes Mittel 452.

Chloral - Camphor - Salbenmull bei Combustio 57.

Chloralhydrat allein und in Verbindung mit Morphinum, über die angeblichen Gegenindicationen für die Anwendung von 554.

- Chlorcalciuminjectionen, Behandlung von Haemorrhoidalblutungen mittels rectaler 5.
- Chloroform-Bromaethyl, Narkose mit 282.
- Cholecystitis im Wochenbett 229.
- Cholelithiasis, zur Therapie der 426.
- , geheilt durch Natr. oleinic. (Eunatrol) 427.
- Chorea, geheilt durch Entfernung von adenoiden Vegetationen 333.
- Chorioiditis, Stypticin gegen haemorrhagische 156.
- Chromvergiftung, über einen Fall acuter 13.
- Circumcision und Syphilis- Prophylaxe 76.
- Citarin bei Arthritis urica 52, 53, 412.
- Climacterium, über Magengeschwüre im 37.
- Codeinismus, Beitrag zum 527.
- Collargol zur Prophylaxe des Puerperalfiebers 315.
- Collargoleinspritzungen, schwere Milzbrandkrankung geheilt durch subcutane 2%ige 70.
- Collargolpinselungen bei Angina und Diphtherie 203.
- Coma diabeticum, ein Fall von mit doppelt - kohlensaurem Natron behandeltem 202.
- Combustio, Chloral-Camphor-Salbenmull bei 56.
- , über die Behandlung der 57.
- Condyloma acuminatum behandelt mittels Erfrierung 337.
- Convulsin, ein neues Präparat gegen Katarrhe und Entzündungen der Luftwege 290.
- Creosotal bei Pneumonie 357.
- Crurin, Erfahrungen mit 42.
- bei Unterschenkelgeschwüren 405.
- Cyclotherapie der sexuellen Neurasthenie 535.
- Cystitis, Hetralin bei 6.
- , Helmitol bei 43, 291.
- , Formamint - Tabletten bei 287.
- s. auch „Blasenkatarrh“.

D.

- Dacryoadenitis chronica, durch Vibrationsmassage geheilter Fall von 245.
- Dammnaht im Wochenbett, zur Frage der secundären 227.
- Deformitäten, über Behandlung derselben mit Hülfe elastischer Heftpflasterverbände 182.
- Dermato-Therapie, über neuere Gesichtspunkte in der 188.
- Desinfectionsmittel, über erfolgreiche Behandlung der Schwindsucht und anderer schwerer Infektionskrankheiten durch ein inneres 127.
- Diabetes, Beitrag zur Complication mit Gravidität 202.
- insipidus, behandelt mit Strychnin-Injectionen 9.
- —, ein Beitrag zur Behandlung des 62.

X

Diabetes mellitus, Behandlung desselben mit dem Geheimmittel „Djoeat“ 8.

— — und Osteomalacie 59.

— — und Icterus auf nervöser Grundlage 61.

— —, zur Behandlung des 389.

Diabetesharn, eine in der Praxis leicht durchführbare Reaction des 388.

Diabetiker, Balsam. peruv. bei Mal perforant der 390.

Diabetische, Narkose bei 2.

Diabetisches Coma, über einen durch innerliche Darreichung grosser Mengen doppeltkohlensauren Natrons geheilten Fall von echtem 8.

Diarrhoeen bei Kindern, über die Behandlung der 217.

Digalen (Digitoxin. solubile) 40, 41.

—, Erfahrungen mit 180, 509.

—, ein Ersatzmittel des Digitalisinfuses 274.

Ectoganverband bei Ulcus cruris 131.

Eisendarreichung, eine neue Form der 381.

Eisenlicht, Behandlung und Heilung der Alopecia areata durch directe Bestrahlung mit kaltem 50.

Eisenpräparate bei Magenkrankheiten, über die Indicationen und Contraindicationen der Anwendung von 466.

Eisen-Roborat, Studien über das neue Eisen-Eiweisspräparat 465.

Diaglen, etwas über die Wirkung des 508.

Digalenthherapie, zur 553.

Digitalistherapie, Indicationen und Methodik der 275.

Digitaliswirkung, über die bei ihr beobachtete Cumulation und ihre Vermeidung 551.

Diphtherie, Collargolpinselungen bei Angina und 203.

—, Behandlung mit Myrrhentinctur 203.

— und Rhinitis fibrinosa, über die Beziehung zwischen 263.

—, Formamint-Tabletten bei 287.

Diuretin und Harnstoff 180.

Djoeat, Behandlung des Diabetes mellitus mit 8.

Dormiol als Anthidroticum 526.

Drahtgypsbindenverbände, über 111.

Druck, über weitere Anwendung des localen dauernden 135.

E.

Eklampsie der Gebärenden und Wöchnerinnen, ein Vorschlag zur Behandlung derselben auf Grund. der Erfahrungen dänischer und deutscher Thierärzte 176.

Ekzem, seine Behandlung mit den neueren und neuesten Mitteln, u. a. auch am eigenen Körper untersucht 157.

—, diaetetische Behandlung des 158.

—, nach bzw. durch Gebrauch von Javol, über 160.

Ekzem, Anthrasol bei 158.
 —, Empyroform bei 42, 157.
 —, Lenigallol bei 157.
 —, Thigenol bei 157, 292.
 —, Pikrinsäure bei 428.
 —, impetiginöses, und Anderes 518.
 Empyroform, Erfahrungen über 42.
 — bei Ekzem 157.
 —, über die therapeutische Verwendung des 427.
 Enésol, ein neues Quecksilberpräparat zur Injections-therapie der Syphilis 503.
 Enuresis bei Mädchen, Behandlung der 9.
 Eosin-Licht-Behandlung, zur 87.
 Epilationsmethode, eine neue sichere: das Stanzen 321.
 Epilepsie, Neuronal bei 294.
 —, zur Therapie der 473.
 Epileptische Krämpfe, simulirt von einem 13jährigen Schulknaben 471.
 Epileptischer Anfall und Schlaganfall, erste Hilfe bei 295.
 Epirenan, ein Ersatz für Adrenalin 201.
 Erysipel, Anaesthesin bei 149.
 —, zur Behandlung des 250.
 —, erfolgreiche Behandlung eines Falles mit Argent. colloidal 251.
 —, Formamint-Tabletten bei 287.
 Erysipelas neonatorum gangraenosum 108.

Erysipeltherapie, zur 107.
 Ester-Dermasan, kurze therapeutische Mittheilungen über Erfolge mit 22.
 Eucainum lacticum 98, 285.
 — — in der Oto-Rhino-Chirurgie 99.
 — — in der rhino-laryngologischen Praxis 422.
 Euguform bei einem Falle von Pruritus senilis 20.
 —, Erfahrungen mit 42.
 — in der Chirurgie 43.
 Eumydrin, ein neues schweiss-hemmendes Mittel 212.
 — gegen Nachtschweisse der Phthisiker 348.
 — in der Therapie der Magen- und Darmkrankheiten 374.
 Eunatrol s. Natr. oleinic.
 Euresol bei Perniones 398.
 Eusemin 193.
 Exanthem nach Scheidenspülung mit Lysollösung, universelles 54.
 Exophthalmus bei Basedowscher Krankheit, über einseitigen 153.
 — bilateralis, geheilt durch Entfernung von adenoiden Vegetationen 333.
 Exstirpations- und Operationsfeder 140.
 Extract. Filic. maris, die wirksamen Bestandtheile desselben u. ihre therapeutische Verwendung 211.
 Extrauterinschwangerschaft, die Diagnose der 114, 171.

XII

Faradisation, die Rückbildung und Heilung der Myome durch 457.

Filmaron bei Taenien 211.

Fissura ani, Anaesthesin bei 149.

Flatulinpillen 534.

Flügeldrain 510.

Fluoroform bei Keuchhusten 305.

Formaldehyd, sein Werth für die innere Therapie 287.

Formalin in Verbindung mit Perhydrol bei Schweissfuss 526.

— Formalinonychien und -dermatitiden, über berufliche 293.

Formamint-Tabletten 88, 287.

Fremdkörper, neues Instrument zu ihrer Entfernung aus der Nase 204

F.

Fremdkörper im Halstheile der Speiseröhre, zur Behandlung grosser spitzer 204.

—, wie entfernt man sie instrumentell aus Ohr und Nase? 473.

— im Brustfellsack, Fall eines 474.

Frostbeulen, über Behandlung der 397.

Furunkel und Carbunkel, eine neue Behandlungsmethode des 477.

—, über renale und perirenale Abscesse nach 478.

Furunculose, Cerolin bei 442.

Furunculosis und Folliculitis, Behandlung mit Hefepreparaten 476.

G.

Gastralgie, schwere, bei chronischer Gastritis und deren Bekämpfung durch Pepsinsalzsäure 218.

Gastroxynsis, Wirkung von kalten Douchen bei 218.

Gebärmutterblutungen, Styptol bei 54.

—, Adrenalin bei 334.

Gebärmutterkrebs, zur Frühdiagnose des 546.

Gelenkerkrankungen, zur physikalischen Behandlung der 483.

Gelenkrheumatismus, Ergebnisse der Serumbehandlung des acuten u. chronischen 23.

Gelenkrheumatismus, Aspirin bei acutem 53.

— bei Kindern, der acute 223.

— der Kinder, chronischer, und seine Beziehungen zur Tuberculose 306.

—, die intravenöse Anwendung der Salicylsäure bei acutem fieberhaftem 502.

—, Behandlung mit Acid. citricum 503.

Gelenktuberculose im kindlichen Lebensalter, Behandlung der 82.

Genickstarre, d. epidemische 488.

—, zur Behandlung der epidemischen 438.

Genickstarre in Oberschlesien, Bemerkungen über die 439.

—, die pathologische Anatomie und der Infectionsweg bei der 492.

— s. auch Meningitis.

Genitalorgane, die Behandlung der Katarrhe der weiblichen 206.

Geschlechtskrankheiten, Schutzmittel gegen 482.

Glasfeder, die 462.

Glaukomoperation, einfachste 430.

Glykosurie, über ephemere traumatische 7.

Gonokokkensepsis der Neugeborenen 297.

Gonorrhoe, Ichthargan bei 10.

—, ungewöhnlich lange Incubationsdauer der 11.

—, Arhovin bei 11.

—, Albargin bei 42, 345.

—, Gonosan bei 42, 62, 343, 344.

—, Abortivbehandlung der acuten 63, 65, 205, 346, 347.

Genorrhoe, seltene Complicationen der 431.

Gonorrhoebehandlung, Zinc. sulfuric. oder Silbersalze bei der 299.

Gonorrhoeische Arthritis, Bemerkungen über 297.

— Gelenkerkrankungen, zur physikalischen Behandlung der 483.

Gonosan bei Gonorrhoe 42, 62, 343, 344.

Gravidität, Beitrag zur Complication des Diabetes mit 202.

—, darf man während derselben am äusseren Genitale operiren? 266.

Griserin 127.

—, der therapeutische Werth des 320.

Guajacol, zur endermatischen Anwendung des 354.

Guderin bei Anaemie und Chlorose 97.

Gummihandschuhe, über mechanische Sterilisation der 149.

— und Placentarlösung 310.

Gypsverbände, zur Technik der 521.

H.

Haarausfall s. Alopecia.

Haarfärbemittel, über artificielle Dermatitis, hervorgerufen durch ein 516.

Haemangiome im Anschluss an das Ohringstechen, Entwicklung von 129.

Haemorrhoidalblutungen, Behandlung derselben mittels rectaler Chlorcalciuminjectionen 5.

Haemorrhoiden, zur chirurgischen Behandlung der 390.

Händedesinfection, antiseptische oder mechanische? 150.

Halseisbeutel, neuer 369.

Halspastillen bei Mandelentzündungen 287.

Halsschmerz, über nervösen 185.

Handgriff zur Entwicklung des nachfolgenden Kopfes, über den combinirten 454.

XIV

Harnorgane, Styptol bei Blutungen der 334.

Harnstoff und Diuretin 180.

Harnverhaltung, acute hochgradige, bei einer Schwangeren als tabisches Frühsymptom 125.

Hautcrème, Schleich's kosmetische 374.

Hautjucken, seine Ursachen und Behandlung 447, 496.

Hedonal - Chloroform - Narkose, Beitrag zur Frage der gemischten 195.

Hefepräparate, Behandlung von Furunculosis und Folliculitis mit 476.

Heftpflasterverbände, über die Behandlung von Deformitäten mit Hülfe elastischer 182.

— bei Ulcus cruris 273.

Heilmittel, einige neuere 42.

Helmitol bei Cystitis 43.

— als Harnantisepticum 291, 412.

Hereditäre Lues in der zweiten Generation 120.

Hereditärsyphilitische Kinder, wie und wo sollen wir sie behandeln? 121.

Hernien, Behandlung mit Alkoholinjectionen 65.

—, zur Repositionstechnik der eingeklemmten 433.

Heroin als Hustenmittel 280.

Herpes, Fall von Ischias mit complicirendem 301.

— und croupöse Pneumonie 71.

— prænitalis, Euguform bei 42.

Herpes tonsurans, Behandlung des 189.

— zoster am Zeigefinger der linken Hand, Fall von recidivirendem 300.

Herzerkrankungen, Bemerkungen über Wärmebehandlung bei rheumatischen 451.

Herzranke, zur Behandlung der 39.

—, zur Lehre von der Morphinwirkung bei 181.

Herzkrankheiten, zur Behandlung derselben mit Adonis vernalis, als Ersatz der sogen. chronischen Digitalistherapie 179.

Hetolbehandlung der Tuberculose 232.

Hetralin bei Cystitis 7.

Heufieber, zur Serumbehandlung des 256.

—, zur Behandlung des 434.

Heufieberconjunctivitis, zur 469.

Holzwolle bei der Inhalation ätherischer Oele und ähnlicher flüssiger Medicamente 557.

Hordeolum, Behandlung des 413.

Hornhauterkrankungen, zur Behandlung schwerer ekzematöser 245.

Hydrocele - Behandlung, eine neue Methode der 260.

Hydrops ohne Albuminurie im Kindesalter, über ausgebreiteten 395.

Hygiama 126.

Hyoscin in der neurologisch-psychiatrischen Praxis 555.

Hyperacidität und Hypersecretion des Magens, Behandlung der 393.

Hyperidrosis unilateralis nach Trauma 11.

— pedum, Mesotan bei 166.

Hysterie, Tetanie, Pseudotetanie und ihre Mischformen bei 349.

—, ein Beitrag zur Lehre von der traumatischen 349.

Hysterie, über einen unter dem Bilde der Ophthalmoplegia externa verlaufenden Fall von traumatischer 494.

Hysterische Schlafzustände, über 214.

— rechtsseitige Taubheit mite gleichzeitigiger Hyperaesthesia des äusseren Ohres 436.

I.

Ichthargan bei Gonorrhoe 10.
— bei Pemphigus neonatorum 19.

Icterus und Diabetes auf nervöser Grundlage 61.

Ileus, zur Casuistik der subcutanen Atropinanwendung bei 220.

Infectionskrankheiten, die Prophylaxe des Ohres bei den acuten 445.

Inhalationstherapie, zur 140.

Injectionstherapie bei Syphilis, Beitrag zur 317.

—, Beiträge zur intravenösen 501.

Irrigationsspritze für die Kinderpraxis, eine bequeme und einfache 529.

Irrigatorflasche, sterilisierbare 134.

Ischias mit complicirendem Herpes, Fall von 301.

—, Beitrag zur Therapie der 301.

Isoform bei Ulcus molle 407.

Isoformdermatitis bei einem mit Jodoformidiosynkrasie behafteten Kranken 516.

Isopral, subcutan angewandt 418.

J.

Javol, über Ekzem nach bzw. durch Gebrauch von 160.

Jodfersan bei Lues 505.

Jodipin, therapeutische Notizen über 187.

— in der Behandlung der Prostatitis 433.

Jodipin-Injection, die Technik der 324, 462.

Jodpemphigus mit Betheiligung der Magenschleimhaut, ein Fall von 330.

Jodvasogen, ein acutes heftiges Ekzem nach 517.

Jothion, Erfahrungen mit 123.

Jute-Flies-Verbände, über 184.

Kaiser Friedrich-Quelle 461.
 Kalomelol - Salbe „Unguentum Heyden“, ihre Verwendung zu antisypilitischen Schmiercuren 268.
 Kehlkopftuberculose, ihre Behandlung mit Sonnenlicht 318.
 —, ihre Behandlung mit Phenosalyl 506.
 — und Lungentuberculose, Inhalation von phenylpropionsaurem Natron gegen 128.
 Kefirgebrauch, zur Erweiterung der Indicationen für den 373.
 Keratitis, Behandlung scrophulöser 199.
 — parenchymatosa nach Scharlach-Diphtherie 225.
 Keuchhusten, über Veronal bei 305.

Lactagol 44.

—, seine chemische Einwirkung auf die Zusammensetzung der Frauenmilch 323.

Lähmung des M. extensor quadriceps cruris, Fall von doppelseitiger isolirter 303.

— des rechten N. abducens, Fall von isolirter traumatischer 304.

— der Musculi rhomboidei nach Operationen, zwei Fälle von isolirter 493.

Larynx-tuberculose und künstliche Unterbrechung der Gravidität 32.

Leberatrophie im Puerperium, acute gelbe 75.

K.

Keuchhusten, Fluoroform b. 305.

— s. auch „Pertussis“.

Kiefergelenk, zum Vorkommen von Monarthrititis rheumatica, speciell des 452.

Kindbettfieber, die Erfolge der bakteriologischen Forschung in Erkennung, Verhütung und Behandlung des 267.

Klumpfußbehandlung im Säuglingsalter 353.

Kohlenoxyd-Vergiftung, über einen Fall von lebensrettender Wirkung des Aderlasses bei acuter 13.

Kopfatherome, über die krebssige Entartung der 130.

Kreosottherapie bei Lungenschwindsucht, über den gegenwärtigen Stand der 271.

Kühlsalbe, juckmildernde 186.

L.

Leistenbrüche, über die traumatische Entstehung von 251.

Lenigallol bei Ekzem 157.

Lentin 392.

Lichen scrophulosorum, Empyroidform bei 42.

Liquor ammon. anis., wie kommt dessen Wirkung zustande? 326.

Lues in der zweiten Generation, hereditäre 120.

Lues s. auch „Syphilis“ und „Hereditär“.

Luftwege, über Blutungen der oberen 469.

Lungenblutungen, zur Prophylaxe und Therapie der 470.

Lungenhernie, traumatische, ein Fall ohne äussere Verletzung 255.

Lungenschwindsucht, über den gegenwärtigen Stand der Kreosottherapie bei 271.

Lungentuberculose, zur medicamentösen Behandlung der 507.

Lupus, Euguform bei 42.

—, Behandlung durch den praktischen Arzt 234.

Lupus, erythematodes, Behandlung des 190.

— vulgaris, Erfahrungen bei dessen Behandlung nach der Dreuw'schen Methode 544.

— — postexanthematicus 545.

Lysol bei Anaemie 380.

Lysollösung, universelles Exanthem nach Scheidenspülung mit 54.

M.

Magenblutung, Fall von einseitiger Amaurose nach 3.

Magendarmstörung der Phthisiker, Bismutose bei 128.

Magengeschwüre im Climacterium, über 37.

Magenkrankheiten, Beitrag zur Therapie der 218.

—, über die Indicationen und Contraindicationen der Anwendung von Eisenpräparaten bei 466.

Magen- und Darmkrankheiten, Eumydrin in der Therapie der 375.

Magenleere, ist die schmerzhaft — eine nervöse Erkrankung? 37.

Mal perforant der Diabetiker, Balsam peruv. bei 390.

Mandelentzündungen, Halspastillen bei 286.

— s. auch „Angina“.

Mandelquetscher, ein 237.

Maretin bei Tuberculose 30, 81, 82.

—, über Wirkung und Nebenwirkungen des 361.

Maretinanwendung bei Polyarthrits rheumatica 450.

Maretinwirkung, ein Beitrag zur Kenntniss der 451.

Masern, über Nagelveränderungen bei Scharlach und 224.

—, über die Bedeutung der Koplik'schen Flecke für die Diagnose und Differentialdiagnose der 441.

Masernfall mit abnormalem Verlaufe 364.

Melaena neonatorum, Beitrag zur 250.

Melioform, ein neues Desinfektionsmittel 424.

Meningitis cerebrospinalis epidemica, zur Behandlung der 396.

— s. auch „Genickstarre“.

Mesotan 451.

—, Vermeidung von Hautreizungen bei Anwendung des 21, 412.

— bei Hyperidrosis pedum 166.

— bei Rheumatismen 412.

Mesotanasolin, Anwendung des 502.

XVIII

Metaphenylendiamin als Anti-diarrhoicum 392.

Milzbranderkrankung geheilt durch subcutane 2 %ige Collargoleinspritzungen 70.

Mineralwassercuren bei Kindern 86.

Mitin, eine neue Salbengrundlage 88.

Mittelohreiterung, üb. das Wesen und die Behandlung der chronischen 166.

Monarthrits rheumatica, speciell des Kiefergelenkes 452.

Morbilli s. „Masern“.

Morphiumvergiftung bei einem einjährigen Kinde durch Einspritzung von Atropin geheilt 352.

Morphiumwirkung bei Herzkranken, zur Lehre von der 181.

Mückenplage, gegen die 112.

Nachgeburtsblutungen, Handgriff bei Behandlung von 6.

Nachtschweisse bei Lungentuberculose und deren Bekämpfung, insbesondere durch Veronal 212.

— der Phthisiker, Eumydrin gegen 348.

Naevus vascularis, Finsenbehandlung bei 188.

Nagelveränderungen bei Masern und Scharlach 224.

Narbencontracturen, Thiosinamin bei 369.

Narkose bei Diabetischen 2.
— mit Chloroform-Bromaethyl 282.

Mundspatel aus Nickeldraht, gefensterter 137.

Mundsperrer mit elektrischer Beleuchtung 45.

Mundwassertabletten 76.

Musculi rhomboidei, zwei Fälle von isolirter Lähmung derselben nach Operationen 493.

Musc. extensor quadriceps cruris, über einen Fall von doppelseitiger isolirter Lähmung des 303.

Muskelrheumatismus und Brustfellentzündung 308.

Mycosis fungoides, Behandlung der 191.

Myom und Menopause 545.

Myome, ihre Rückbildung und Heilung durch Faradisatio 457.

Myopie, Vortäuschung derselben bei Schulkindern 213.

Myrrhentinctur, Behandlung der Diphtherie mit 203.

N.

Nase, die Behandlung der trockenen u. verstopften 44.

—, neues Instrument zur Entfernung von Fremdkörpern aus der 204.

— und Nasenrachenraum, zur Tamponade von 335.

Naseneingang, Toilette des 540.

Natr. olein., Fall von Cholelithiasis, geheilt durch 427.

— salicylicum, Wirkung desselben auf den Harnapparat 21.

Natron, phenylpropriolsaures, gegen Kehlkopf- und Lungentuberculose 128.

Nebennierenextract, über einige neue Anwendungsformen des 154.

Nebennierenpräparate, über locale Anaesthesie in Verbindung mit den 284.

Nephritis, schwere, nach Einreiben eines Scabiösen mit Perubalsam 14.

—, über postdiphtheritische 203.

— syphilitica acuta, ein Fall von 318.

Nerv. abducens, ein Fall von isolirter traumatischer Lähmung des rechten 304.

Neurasthenie, über Cyclotherapie der sexuellen 535.

Neuritis optica bei Paratyphus 36.

Neuronal 145, 242.

— bei Epilepsie 294.

—, Erfahrungen über die Anwendung des 417.

Nirvenol, Erfahrungen mit 501.

Nitroglycerin, zur therapeutischen Anwendung des 383, 385.

Novargan bei Gonorrhoe 205.

O.

Oberarmbruch durch Muskelzug 523.

Oberschenkelfracturen, die ambulante Behandlung der 337.

Oberschenkelluxationen, ein casuistischer Beitrag zu den 111.

Obstipatio, Purgen bei 219.

—, Cerolin bei 442.

—, zur Behandlung der spastischen 442.

Oculomotoriuslähmung und plötzlicher Tod in Folge von Aneurysmen der Arter. carotis interna 15.

Odda, die Magenverdauung der Kindernahrung 548.

Oesophagus, Pemphigus des 20.

Oesophagusstenose, mit Thiosinamin behandelte geheilter Fall von 360.

Oesophagusstenosen, verbesserte Oliven-Dilatationssonde zur Erweiterung von 359.

Ohr, Prophylaxe desselben bei den acuten Infektionskrankheiten 445.

Ohrringstechen, Entwicklung von Haemangiomen im Anschluss an das 129.

Ol. cadinum und Anthrasol, über eine neue Formel zur Bereitung von Bädern, Waschungen u. Umschlägen mit 292.

Osteomalacie und Diabetes mellitus 59.

Osteomyelitis, ein Beitrag zur Aetiologie der acuten 112.

Otitis media suppurativa, über einen Fall von metastatischer Pneumonie nach einer 357.

— externa, Behandlung mit organischen Schwefelpräparaten 445.

Ozaenabehandlung, zur 260.

b*

Paralyse der Irren. über Trauma als aetiologisches Moment der progressiven 17.

Paratyphus, Neuritis optica bei 36.

Pemphigus, Vioform bei 396.

— des Oesophagus 20.

— neonatorum. über die Behandlung des 18.

Perforatorium zur vollkommenen Sicherung gegen das Abgleiten 452.

Perhydrol 155.

— in der gynaekologischen Praxis 278.

Perhydraulösungen. über die chirurgische Verwendbarkeit von 151.

Pertussis, Antitussin bei 538.

—, Aristochin bei 537.

—, Aspirin bei 53.

—, Convulsin bei 290.

—, Thymobromal bei 538.

— s. auch „Keuchhusten“.

Perubalsam, schwere Nephritis nach Einreiben eines Scabiösen mit 14.

Phenacetin-Vergiftung, Fall von chronischer 350.

Phenosalyl, über die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit 507.

Phthisiker, Bismutose bei Magen- darmstörungen der 128.

Pikrinsäureanwendung bei Hautkrankheiten, besonders bei Ekzem 428.

Placentarlösung und Gummihandschuhe 310.

Plenulae Blandii 381.

P.

Pleuritis s. „Brustfellentzündung“.

Pneumin bei Tuberculose 507.

Pneumokokkenserum Römer bei croupöser Pneumonie 356.

Pneumonie. die Beziehungen zwischen Herpes u. croupöser 71.

—, Convulsin bei 290.

—, metastatische. nach einer Otitis media suppurativa 357.

Polyarthrit. zur Serumbehandlung der 222.

— rheumatica. über Marenin- anwendung bei 450.

Polychloral, die hypnotischen Eigenschaften eines neuen 417.

Primelkrankheit und andere durch Pflanzen verursachte Hautentzündungen 159.

Prostatacarcinom. Frühdiagnose und chirurgische Behandlung desselben mit besonderer Berücksichtigung der Bottini'schen Operation als Palliativ-Verfahren 130.

Prostatitis, Jodipin in der Behandlung der 433.

Protargolsalbe bei Wunden und Hautkrankheiten 139.

Protylin, Erfahrungen mit 187.

Prurigo, Empyroform bei 42.

Pruritus, Säurebehandlung bei 21.

— nach Tabakgenuss, 3 Fälle von 238.

— senilis, Euguform bei einem Falle von 20.

Psoriasis, eine Combination der Wilkinson'schen Salbe und Chrysarobin bei 170.

— palmaris et plantaris syphilitica, zur Behandlung der 401.

— vulgaris, Beitrag zur Behandlung der 170.

Puerperalfieber, zur Prophylaxe des 315.

Puerperium, acute gelbe Leberatrophie im 75.

Quecksilberdermatitiden, über tödlich verlaufende 514.

Quecksilberexanthem, über die ungewöhnliche Entstehung eines 329.

Radium, Heilung des Trachoms durch 245.

Rapidtamponator, ohne oder mit? 55.

Rauchen, zur Hygiene des 14, 486.

Rectalgonorrhoe bei Vulvovaginitis infantum 430.

Renoform 154.

Respirationstract, zur Therapie der Entzündungen des 261.

Retention des am normalen Schwangerschaftsende abgestorbenen Foetus, ein Fall von abnorm langer 25.

Rexotan 217.

Säurebehandlung b. Pruritus 21.

Salicylbehandlung, intravenöse, und rheumatische Affectionen 221, 308, 309.

Purgen 219.

Pyæmie mit chronischem Verlauf 28.

—, Formamint-Tabletten bei 287.

Pyramidon, sein Wert für die Behandlung des Abdominaltyphus 362.

Pyrenol, über den therapeutischen Werth des 93.

Q.

Quecksilberjodid-Jodkalium bei Syphilis 316.

Quillajarinde, Versuche über die therapeutische Verwendung der 31.

R.

Rheumasan, kurze thereapeutische Mittheilungen über Erfolge mit 22.

Rheumatische Erkrankungen, ein Wort zur Salicyltherapie von 451.

— Herzerkrankungen, über Wärmebehandlung von 451.

Rhinitis fibrinosa u. Diphtherie, über die Beziehung zwischen 263.

Rhino-laryngologische Praxis, 2 neue Localanaesthetica in der 422.

Röntgenstrahlen, ein Cancroid auf lupöser Grundlage bei starkem Diabetes behandelt mit 61.

S.

Salicylbehdl. z. percutanen 501.

Salicylgaben, die Vermeidung der Nierenreizung nach grossen 528.

- Salicylsäure, ihre intravenöse Anwendung bei acutem, fieberhaftem Gelenkrheumatismus 502.
- Salicyltherapie rheumatischer Erkrankungen, ein Wort zur 451.
- Sanatogen 364.
- , Beitrag zur therapeutischen Anwendung des 41.
- bei Syphilis 403.
- Sanatol 423.
- Sanoform 423.
- Sapolan 429.
- Sauermilch, künstliche, als diätetische Therapie kranker Säuglinge 531.
- Sauerstoffbäder, über moussirende 142.
- Scabies, Behandlung der 398.
- Scarlatina s Scharlach.
- Scharlach, über Nagelveränderungen bei Masern und 224.
- , Formamint - Tabletten bei 287.
- Scharlach-Diphtherie, Keratitis parenchymatosa nach 225.
- Scharlachnephritis, Urotropin als Prophylacticum gegen 225.
- Scheingeschwülste bei hysterischen Kindern, abdominale 436.
- Schlaflosigkeit, gegen 146.
- Schlafmittel, Veronal als 145.
- , die percutane Wirkung eines 418.
- Schlafthee-Vergiftung mit tödlichem Ausgang 68.
- Schlafzustände, über hysterische 214.
- Schlaganfall und epileptischer Anfall, erste Hilfe bei 295.
- Schluckweh, zur Behandlung des 139.
- Schmierseifenbehandlung tuberculöser Erkrankungen 508.
- Schnupfen, zur Behandlung des acuten 358.
- der Säuglinge, zur Behandlung des 358, 539.
- Schütze Dich 482.
- Schulkinder, über Vortäuschung von Myopie bei 213.
- Schultergelenk, eine sehr einfache Vorrichtung zur Fixierung der Schulter zwecks Mobilisierung des ankylosierten 463.
- Schultze'sche Schwingungen, Gefahren der 199.
- Schwangerschaft, giebt es sichere Zeichen für sie in den ersten Monaten? 226.
- und Tuberculose 361.
- Schwangerschaftspsychose, Abortus provocatus, Genesung 25.
- Schweissfuss, Adorin gegen 166.
- in der Armee, zur Behandlung des 524.
- , Formalin in Verbindung mit Perhydrol bei 526.
- Scopolamin-Morphin-Narkose, weitere Erfahrungen mit der 104, 419.
- Secalepräparate, ihre prophylaktische Anwendung während der Geburt 312.
- Senfwassereinwickelungen, über die Behandlung der Capillärbronchitis mit 288.

Serumbehandlung des acuten u. chronischen Gelenkrheumatismus, Ergebnisse der 23.
— der Polyarthrits 222.

Sesambeinfractur, ein Fall von 163.

Simulation epileptisch. Krämpfe bei einem 13jährigen Schulknaben, Fall von 471.

Sommer-Diarrhoeen der Säuglinge, die Therapie der 530.

Sonnenlicht, über die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit 318.

Sorisin 360, 361.

Speiseröhre, Anaesthesin bei chirurgisch. Erkrankungen, insbesondere der 147.

—, zur Behandlung grosser, spitzer Fremdkörper im Halstheile der 204.

Spinalparalyse, spastische, infolge einer Bleivergiftung 69.

Spiritusverbände, die Verwendung der 370.

Stanzen, eine neue sichere Epilationsmethode 321.

—, die Heilung der Akne durch ein neues, narbenloses Operationsverfahren, das 513.

Stauung, über Behandlung durch venöse 365.

Stovain in der rhino-laryngologischen Praxis 422.

Stricturbehandlung, Beitrag zur urethralen 230.

Strychnin-Injectionen, Diabetes insipidus behandelt mit 9.

Strychninvergiftungen, zur Behandlung der 487.

Stypticin gegen haemorrhagische Chorioiditis 156.

Styptol, über Gebärmutterblutungen und deren Behandlung mit 54.

— bei Blutungen der Harnorgane 334.

Styracol, eine Verbindung von Zimmtsäure und Guajacol, als inneres Desinficiens und Antidiarrhoicum 69.

Sublimatanwendung in der Geburtshülfe, die Gefahren der 311.

Sublimatinjectionen, ihre Einwirkung auf die Schleimhaut der Harnröhre und ihre Gefahren 482.

Suprarenin 246.

—, Mittheilung über 1.

—, zur Verwendung desselben bei Blutungen 56.

Syphilide, zur Klinik der 77.

Syphilis, Quecksilberjodid-Jodkalium bei 316.

—, Beitrag zur Lehre von der Vererbung der 317.

—, Beitrag zur Injections-therapie bei 317.

—, über Ernährungstherapie bei 403.

—, Enésol, ein neues Quecksilberpräparat zur Injections-therapie der 503.

—, Jodfersan bei 504.

— des Säuglings, die Behandlung der hereditären 505.

— s. auch „Lues“ und Hereditär.

Syphilisbehandlung, kurze Bemerkungen zur 270.

—, Grundsätze der 399.

—, therapeut. Notizen zur 402.

Syphilis-Prophylaxe und Circumcision 77.

Tabakgenuss, 3 Fälle von Pruritus nach 238.

Tabes, über hereditäre, infantile 124.

Tabisches Frühsymptom, acute hochgradige Harnverhaltung bei einer Schwangeren als 125.

Tachycardie, paroxysmale, als Unfallkrankheit 410.

Tamponade von Nase und Nasenrachenraum 335.

Tannigen bei Diarrhoeen der Kinder 69.

Tannobromin bei Alopecia 378.

Taubheit, hysterische 436.

Tetanie, Pseudotetanie und ihre Mischformen bei Hysterie 349.

Theocin-Natrium aceticum, eine wesentliche Verbesserung des alten Theocins 180.

Theophyllin, zur Frage der Folgeerscheinungen, namentlich der Krampfzustände nach 526.

Thigenol 292.

— bei Ekzem 157.

Thiocol und Sirolin, über 231.

Thiosinamin bei einem Fall von Speiseröhrenverengung 360.

— bei Narbencontracturen 369.

Thymobromal, ein neues Keuchhustenmittel 538.

Trachom, seine Heilung durch Radium 245.

Trasulfan, Mittheilungen über 90.

T.

Trauma, über Hyperidrosis unilateralis nach 11.

— als aetiologisches Moment der progressiven Paralyse der Irren 17.

— als Aetiologie der Aortenklappeninsufficienz 38.

— und chirurgische Tuberculose 542.

Trigemin 245, 302.

Tuberculinpräparate, per os angewendet 271.

Tuberculose, Maretin bei 30, 81, 82.

—, Versuche mit Quillajarinde bei 31.

—, Thiocol und Sirolin bei 231.

—, zur Hetolbehandlung der 232.

—, behandelt mit dem Antituberculosenserum Marmorek 232.

—, die Zähne als Eingangspforte der 232.

—, chronischer Gelenkrheumatismus der Kinder und seine Beziehungen zur 306.

— und Schwangerschaft 361.

—, Trauma und chirurgische 542.

TuberculoSeansteckung in der Ehe, über die Furcht vor dem Tuberculösen und die 540.

Tuberculosebehandlung, Beitrag zur 543.

Tuberositas tibiae, die unvollständigen Abrissbrüche der 109.

— —, Abrissfractur der 160.

Turbanverband 324.

Typhus abdominalis, über eitrige Adnexerkrankungen infolge von 178.

Ulcus cruris, ein neuer Verband (Ectoganverband) bei 131.

— —, über Heftpflasterverbände bei 273.

— —, Balsamum peruvianum bei 274, 406.

— —, zur Behandlung des 403, 404.

— — s. auch „Unterschenkelgeschwüre“.

— molle, Euguform bei 42.

— —, zur Therapie des 406.

— —, Isoform bei 407.

— —, Ursache und Behandlung desselben und seiner Folgen 548.

— ventriculi, zur Therapie desselben und der Hyperacidität des Magensaftes 547.

Vaccine generalisata, Rothlichtbehandlung der 190.

Vagitus uterinus, casuistischer Beitrag zur Frage des 120.

Validol 412.

— bei Vomitus gravidarum 74.

Valofin 461.

Velosan, ein neues Salicylpräparat zu äusserl. Gebrauch 222.

Verbiegung des Unterschenkels nach Fractur, secundäre 338.

Verbrennungen s. „Combustio“.

Veronal als Schlafmittel 145.

—, über Nachtschweisse bei Lungentuberculose u. deren Bekämpfung, insbesondere durch 212.

Typhushandschuhe, über 33.

Typhusreaction im Abscessinhalt und Blut nach 23 Jahren 179.

U.

Unguentum Créde in der Augenheilkunde 105.

Unguis incarnatus, Behandlung des 408.

Unterleibstyphus, einiges über 34.

Unterschenkel, secundäre Verbiegung desselben nach Fractur 338.

Unterschenkelgeschwüre, zur Behandlung der 132.

—, Behandlung mit Crurin 405.

— s. auch „Ulcus cruris“.

Urotropin als Prophylacticum geg. Scharlachnephritis 225.

— und dessen Ersatzmittel, zur inneren Behandlung des Blasenkatarrhs 290.

V.

Veronal, weitere Mittheilung über die Wirkung des 241.

—, Beitrag zur Wirkung des 241.

— bei Keuchhusten 305.

Vibrationsmassage, Fall von Dacryoadenitis chronica geheilt durch 245.

Viferral 417.

Vioform bei Pemphigus 396.

Vomitus gravidarum, Validol bei 74.

Vulnoplast, ein neues Verbandpflaster 89.

Vulvovaginitis infantum, über Rectalgonorrhoe bei 430.

W.

Wärmebehandlung bei rheumatischen Herzerkrankungen 451.

Wasserstoffsuperoxyd bei Erkrankungen der oberen Luftwege 155.

— in der gynaekologischen Praxis 278.

—, ein Erlebniss mit dem 558.

Wein, über Vial's tonischen 557.

Weinpräparate, über tonisirende 324.

Welander'sche Ueberstreichungen, zur ambulatorischen Behandlung der secundären Syphilis durch 269.

Wirbelfracturen, über 341.

Wismuthbrandbinde v. Bardelebens bei Pemphigus neonatorum 20.

Wismuth-Vergiftung, über 351.

Wochenbett, zur Frage der secundären Dammschnitt im 227.

—, Cholecystitis im 229.

Wundbehandlung, die Verwendung von Balsamum peruvianum bei der 187.

Wunden, Beitrag zur offenen Behandlung granulirender 137.

— und Hautkrankheiten. Protargolsalbe bei 139.

X.

Xeroformstreupulver 279.

Z.

Zähne als Eingangspforte der Tuberculose 232.

Zahnextraktionen, Adrenalin-Cocain-Anaesthesie bei 1.

Zange, Extraction des hochstehenden Kopfes mit der gewöhnlichen 72.

Bücherschau.

- Arthus, M., Elemente der Physiologischen Chemie 45.
- Bendix, Lehrbuch der Kinderheilkunde 464.
- Besson, v. Rüdiger, Das Radium und die Radioaktivität 327.
- Bierbach, Schreibtisch-Kalender für Aerzte 240.
- Czermak, W., Die augenärztlichen Operationen 239.
- Diaetvorschriften und Kochrecepte zum Gebrauch für die Krankenkassenpraxis 415.
- Döderlein, A., Leitfaden für den geburtshülflichen Operationskurs 95.
- und Krönig, Operative Gynaekologie 559.
- Dresdner, Moderne social-ärztliche Bestrebungen 95.
- Eulenburg, Kolle u. Weintraud, Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden 47.
- Feistmantel, C., Trinkwasser und Infektionskrankheiten 143.
- Goldscheider, Anleitung zur Uebungs - Behandlung der Ataxie 45.
- Graetzer, E., Vademecum für die Kinderpraxis 277.
- Guttmann, W., Elektrizitätslehre für Mediciner 143.
- Hecker, R. u. Trumpp J., Atlas und Grundriss der Kinderheilkunde 238.
- Hirschlaff, L., Hypnotismus und Suggestivtherapie 327.
- Hundeshagen, Einführung in die ärztliche Praxis 559.
- Joseph, M., Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten 375.
- Kisch, Das Geschlechtsleben des Weibes 47.
- Klemperer, G., Behandlung der Nierensteinkrankheit 95.
- Klopstock und Kowarsky, Practicum der klinischen chronisch - mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden 47.
- Kövesi, G. u. Róth-Schulz, W., Pathologie und Therapie der Niereninsuffizienz bei Nephritiden 192.
- Land, H., Arthur Imhoff 239.
- Landois, Lehrbuch der Physiologie des Menschen 328.
- v. Leyden und Klemperer, Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts 46, 328.
- Malade, Th., Lebenskünstler 327.
- Martin, M., Die Anaesthesie in der ärztlichen Praxis 416.

XXVIII

Medicinalkalender, 96, 143, 144, 239.

Merck, Jahresbericht 416.

Michaelis, L., Compendium der Entwicklungsgeschichte des Menschen 94.

Mracek, Atlas und Grundriss der Hautkrankheiten 48.

Orthmann, Leitfaden für den gynaekologischen Operationskurs 375.

Pearson, Westentaschen-Kalender 464.

Salzer, Leitfaden zum Augenspiegelkurs 560.

Schilling, Die Gallensteinkrankheit 95.

Schwalbe, J., Vorträge für praktische Therapie 375, 416.

Senator u. Kaminer, Krankheiten und Ehe 47.

Sobotta, Atlas und Grundriss der descriptiven Anatomie des Menschen 142.

Stuertz, Praktische Anleitung zur Organisation von Fürsorgestellen für Lungenkranke 191.

v. Zeissl, Diagnose und Behandlung der Venerischen Erkrankungen 464.

Zuckerkanl, O., Atlas und Grundriss der chirurgischen Operationslehre 239.

Namen-Verzeichniss.

A.

Adolphi, H. (Mandschuria) 65.
Albu (Berlin) 393, 442.
Alexander, A. (Berlin) 396.
Allina, M. (Wien) 59.
Altdorfer (Wiesbaden) 558.
Altmann, R. (Zabrze) 488.
v. Arlt, F. R. (Wien) 468.
Aronheim (Gevelsberg) 137,
304, 471, 526.
Asahi, K. (Prag) 87.
Asch, P. (Strassburg i. E.) 482.
Aulhorn, E. (Leipzig) 99.
Avellis, G. (Frankfurt a. M.)
151, 196, 242.

B.

Bäcker, J. (Budapest) 452.
Baeyer, H. v., 283.
Baginsky, A. (Berlin) 223.
Ballin, L. (Berlin) 18, 358.
Bamberger, J. (Kissingen) 14.
v. Bardeleben, A. (Bochum) 57.
Barjansky, J. (Berlin) 30.
Barri, A. (Berlin) 37.
Bartsch, G. (Leopoldau) 187.
Baumgarten, E. (Budapest) 469.
Bayer, H. 170.
Bechtold, C. (Frankf. a. M.) 69.
Beck, K. (Rostock) 436.
Becker, E. (Charlottenburg) 431.
Beddies, A. (Berlin) 461.

Beerwald, K. (Berlin) 537.
Behr, M. (Holsterhausen) 221.
Benario (Frankfurt a. M.) 89.
Benaroya 41.
Benninghoven (Berlin) 504.
Bergell, P. (Berlin) 382.
Bering, Fr. (Kiel) 42.
Berliner, M. (Breslau) 543.
Berner (Fürstenberg) 251.
Bernstein, M. (B.-Krupa) 269.
Bertram, H. (Berlin) 382.
Bettmann, S. (Heidelberg) 63.
Beyer, J. L. (Dresden) 182.
Beykovsky, S. (Wien) 14.
Bibergeil, E. (Berlin) 222, 274,
373.
Biehler, W. (Warschau) 474.
Binz, C. (Bonn) 383.
Birnbacher (Graz) 245.
Birnbaum, R. (Göttingen) 120.
Bleibtreu, L. (Köln) 417.
Bloch, J. (Berlin) 292, 403.
Block, F. (Hannover) 347.
Blum, R. 219.
Boas, J. (Berlin) 5, 211.
Bockenheimer, Ph. (Berlin) 45.
Boeck, C. (Christiania) 120.
Bökelmann (Kork) 513.
Bönninghaus, G. (Breslau) 185.
Bohac, C. (Prag) 516.
Boldt (Berlin) 221.

Boss, S. (Strassburg i. E.) 350.
 Bottstein (Hamburg) 238.
 Boye, B. (Magdeburg) 392.
 Braun, H. (Leipzig) 1.
 Braun, E. (Hollenstedt) 204.
 Brauner, L. (Wien) 442.
 Braunstein, A. (Moskau) 382.
 Brehmer, C. (Solingen) 297.
 Brodnitz (Frankfurt a. M.) 65.
 Brüning (Leipzig) 441.
 Brugger (Frankfurt a. M.) 370.
 Brugsch, Th. (Altona) 309.
 Bruhns, C. (Berlin) 447, 496.
 Buchsbaum, L. (Wien) 360.
 Bulling (Reichenhall) 128.
 Burger, Fr. (Coburg) 187, 380.

C.

Cahen (Mannheim) 255.
 Calmann, A. (Hamburg) 72.
 Christiani, A. (Libau) 229.
 Cloetta 41.
 Cohn, H. (Breslau) 245.
 — M. (Berlin) 408.
 — P. (Berlin) 193.
 — R. (Breslau) 75.
 Cramer, M. (Coburg) 260.
 Credé, B. (Dresden) 315.
 Creutz, R. 120.
 Croce, O. (Berlin) 341.
 Curschmann, H. 349.
 Czeslaw (Warschau) 364.

D.

Dapper, M. (Frankf. a. M.) 8.
 Daxenberger, F. (Regensburg)
 198.
 Dempel, M. W. (Jalta) 506.
 Denecke (Hamburg) 320.

Denker (Erlangen) 434.
 Determeyer 303.
 Dirk (Berlin) 419.
 Dirmoser, Ed. (Wien) 178.
 Dobbertin, R. (Berlin) 390.
 Döderlein (Tübingen) 267.
 Dölger, R. (München) 436.
 Doeverspeck (Essen) 501.
 Dopfer (Wasseraufingen) 485.
 Drenkhahn (Glatz) 316.
 Dreuw (Hamburg) 140, 234
 Dreyer (München) 349.
 Dreyfuss, J. (Kaiserlautern)
 245.
 Dührssen, A. (Berlin) 206.
 v. Düring, E. (Kiel) 399.
 Düttmann, O. (Montabaur) 227.
 Durlacher (Ettlingen) 112.

E.

Eberson (Tarnow) 53.
 Ebstein, W. (Göttingen) 34.
 Ehebald, P. (Ditzingen) 74.
 Ehrlich, Fr. (Stettin) 37.
 Elsner, H. (Berlin) 466.
 Eichhorst (Zürich) 275.
 Eliasberg, M. (Riga-Wiesbaden)
 199.
 v. Elischer 54.
 Elkan (Planegg) 82.
 Elsner, K. (Brooklyn) 202.
 Emmert, E. 245.
 Engelbrecht (Bischweiler) 132.
 Engels, H. (Berlin) 69.
 Engländer, B. (Krakau) 212.
 Ernst (Köln) 107.
 Euler-Rolle, Fr. (Wien) 6.

F.

- Feer, E. (Basel) 224.
 Feilchenfeld, W. (Charlottenburg) 105, 213.
 Fejér, J. (Budapest) 67.
 Feldmann, L. (Mühlräditz) 251.
 Fickler, A. (Kosten) 472.
 Finger, E. (Wien) 77.
 Fischer, H. (Wangeroo) 283, 433.
 Fischer, J. (Wien) 250.
 Fischl, R. (Bad Hall) 401.
 Fischer (Leipzig) 524.
 Flatau, G. (Kiel) 36.
 Flügel, K. (Frankf. a. M.) 430.
 Focke, C. (Düsseldorf) 352, 551.
 Förster, R. (Bonn) 418.
 Fränkel 22.
 — A. 3.
 — A. (Berlin) 383.
 — M. (Berlin) 29, 305.
 Franck, E. (Berlin) 385, 424.
 Frank, Alf. (Berlin) 151.
 — C. (München) 406.
 Franke, F. (Braunschweig) 250.
 Freudenthal (Peine) 89.
 Frey, E. (Jena) 528.
 — H. (Davos) 232.
 Freymuth (Breslau) 271.
 Fritsch, H. (Bonn) 264.
 Fromme (Halle) 149.
 Fuchs, R. (Bleistadt) 534.
 Fürbringer (Berlin) 535.
 Fürstenheim, W. 130.

G.

- Gärtner, S. (Halle) 417.
 Galewski (Dresden) 293.

- Gassmann, A. (Basel) 14.
 Gawronsky, J. (Halle) 149.
 Gebele (München) 111.
 Georgii (Maulbronn) 33.
 Gernsheim (Worms) 52.
 Glickmann, J. S. 10.
 Goldenstein (Jassy) 25.
 Goldmann, J. A. (Wien) 44.
 Goldschmidt, Br. (Berlin) 154.
 Goliner (Erfurt) 97.
 Grätzer, E. (Sprottau) 277.
 Grosse, O. (München) 482.
 Grube, K. (Neuenahr) 8.

H.

- Haagner, L. (Graz) 451.
 Haas, G. (Brünn) 374.
 Haberkamp (Bochum) 430.
 Habrich, E. (Wien) 503.
 Hackl, M. (Solln-München) 180.
 Halász, H. (Miskolcz) 360.
 Halbhuber, Fr. (Wien) 262, 540.
 Hamm (Braunschweig) 246.
 Hammer (Stuttgart) 462.
 Harbordt (Frankfurt a. M.) 179.
 Hartmann, A. (Berlin) 237.
 Hecht, A. (Beuthen, Ob.-Schl.) 39, 354, 426, 539.
 Heermann (Posen) 135, 451.
 Heidler, H. (Prag) 13.
 Heine, B. (Berlin) 166.
 — O. (Dortmund) 517, 521.
 Helbich, K. (Prag) 280.
 Helfer, G. (Wien) 6.
 Helmbrecht, G. (Berlin) 81.
 Hempel, H. (Marburg) 331.
 Hengge, A. (Greifswald) 199.
 Henle (Breslau) 358.

Henrich, F. (Berlin) 361.
 Henschel, A. (Berlin) 290.
 v. Herff, O. (Basel) 226.
 Herzfeld, A. (New York) 425.
 Heubner, O. (Berlin) 288, 510.
 Higier, H. (Warschau) 555.
 Hildebrandt (Berlin) 247.
 Hirsch, A. (Riga) 373.
 Hirschfeld, M. (Berlin) 350.
 Hochheim, K. (Magdeburg) 509.
 Hodara, M. (Constantinopel)
 57, 398.
 Hödlmoser, C. (Sarajevo) 362.
 Hoffa (Berlin) 82.
 Hoffmann, E. (Berlin) 159,
 516, 548.
 Hofmann, A. (Freiburg) 510.
 v. Holst, M. (Dresden) 361.
 Holz, B. (Berlin) 333.
 Hopmann, A. (Leverkusen) 139.
 Hrach (Przemysl) 357, 364.
 Huchard (Paris) 503.
 Hüls (Berlin) 254.

J.

Jacobson, J. (Berlin) 88, 222,
 424.
 Jacoby (Mannheim) 26.
 Jaquet, A. (Basel) 139, 211.
 Jellinek, S. (Wien) 153.
 Jesionek (München) 317.
 Jessner (Königsberg) 88.
 Joachimczyk (Oberkotzau) 166.
 Jonas, S. (Wien) 348.
 Jooss, K. (München) 406.
 Jordan (Heidelberg) 28, 478.
 Joseph, M. (Berlin) 11, 160,
 329, 397, 405.

Josionek (Mildenau-Wiesenbad
 86.

Juliusberg, M. (Breslau) 299.
 Justi, K. (Hongkong) 203.

K.

Kaestner, H. (Schwerin) 544.
 Kallmeyer, B. (St. Petersburg)
 396.
 Kappesser (Darmstadt) 37.
 Karcher, J. (Basel) 306.
 Karehnke, M. (Alpirsbach) 111.
 Kassel, C. (Posen) 445.
 — W. (Berlin) 532.
 Katz (Berlin) 99.
 Kaufmann, R. (Frankf. a. M.) 334.
 — — (Wien) 124.
 Kaupe, W. (Bonn) 81.
 Kausch (Breslau) 2, 7.
 Kayser, H. (Frankf. a. M.) 546.
 v. Kirchbauer, A. (Nürnberg) 476.
 Kirchner, A. (Göttingen) 308.
 Klein, R. (Berlin) 314.
 Kleinwächter, L. 202.
 Klemperer, G. (Berlin) 288.
 Klimek, V. (Wien) 90.
 Knauth (Würzburg) 356.
 Knecht, E. (Dresden) 21.
 Köhl, O. (Naila) 68.
 Köhler, A. (Teplitz) 547.
 — F. (Holsterhausen) 21.
 König (Berlin-Jena) 458.
 Koeppe, H. (Giessen) 537.
 Kofmann, S. (Odessa) 337.
 Kolaczek 107.
 Kollick, A. (Settentr) 508.
 Korff, B. (Freiburg i. B.)
 Kornfeld, F. (Wien) 62, 346.

Kramer, W. (Glogau) 204.
 Kress (Rostock) 241.
 Kromayer, E. (Berlin) 50, 158,
 170, 186, 321, 513.
 Kroner, W. (Berlin) 271.
 Krüche, A. (München) 176.
 Krüger, E. (Göttingen) 465.
 Kühn, H. (Hoya a. W.) 554.
 Küster, K. (Berlin) 127.
 v. Kuester (Charlottenburg) 138.
 Kunwald (Alland) 318.

L.

Lange, J. (Leipzig) 301.
 Langemak (Erfurt) 184.
 Langgaard, A. 98.
 Laqueur, A. 483.
 Lassar, O. (Berlin) 188.
 Ledderhose 542.
 Leick, Br. (Witten a. d. Ruhr) 9.
 Lennhoff, G. 335.
 Leo, H. (Bonn) 218.
 Levy-Dorn, M. (Berlin) 61.
 Liebreich, O. (Berlin) 325.
 Lieven, A. (Aachen) 402.
 Lissauer (Düsseldorf) 338.
 Löb, Fr. (Berlin) 93.
 — H. (Mannheim) 76.
 Loeb, H. (Wien) 515.
 Loele, P. (Winzig) 404.
 Löwe, A. (Dresden) 413.
 Löwenstein (Elberfeld) 369.
 Lohr, A. (Prag) 13.
 Lotheissen, G. (Wien) 43, 147.
 Lublinski, W. (Berlin) 49.
 Ludwig, K. (Leipzig) 414.
 Lucke, R. (Magdeburg) 205.
 Lübbert, A. (Hamburg) 256.

M.

Mahne, W. (Cöln) 351.
 Manasse (Karlsruhe) 11, 452.
 Marcus, A. (München) 477.
 — (Posen) 493.
 Martin, A. (Greifswald) 454.
 Marx, H. (Heidelberg) 163.
 — K. (Frankfurt a. M.) 281.
 Mayer, L. (München) 157.
 Mayer, Th. (Berlin) 52.
 Meisels, J. (Wien) 442.
 Meissner, P. (Berlin) 381.
 Mellin (Britz) 369.
 Meltzer, R. (Wedel) 217.
 Mende (Gottesberg) 310.
 Mendel, E. (Berlin) 17, 295.
 Menzel, K. M. (Wien) 201.
 Menzer (Halle a. S.) 23.
 Merzbach, G. (Berlin) 344.
 Meyer, Arth. (Berlin) 422.
 — — (Freiburg) 203.
 — E. (Berlin) 423.
 — — (Magdeburg) 169.
 — H. (Berlin) 487.
 — — (Elster) 301.
 — — (Kiel) 514.
 — O. (Hamburg) 7.
 — — (Strassburg i. E.) 428.
 Mibelli, A. 292.
 Michailowsky 413.
 Miesowicz (Krakau) 153.
 Mohr, H. (Bielefeld) 109.
 — L. (Berlin) 389.
 Müller, B. (Hamburg) 56, 284,
 302.
 — O. (Hongkong) 558.
 Mutterer (Mülhausen i. E.)
 179.

XXXIV

N.

Naumann, H. (Meran-Reinerz) 451, 470.
Naunyn 40.
Nebel, W. (Haan) 465.
Neisser, A. (Breslau) 268.
Neuberg, K. (Berlin) 423.
Neumann, O. (Teltsch) 112.
Neustätter, O. (München) 469.
Nohl, E. (Müllheim i. B.) 108.

O.

Oehlschläger (Danzig) 326.
v. Öttingen, W. (Berlin) 146.
Olshausen, R. (Berlin) 114, 171.
Opfer, F. (Berlin) 29.
Oppenheim (Cassel) 415.
Ostmann (Marburg) 445.

P.

Partsch (Breslau) 232.
Patschkowski, K. (Charlottenburg) 225.
Pelizaeus (Oeynhausen) 462.
Pelz (Königsberg i. Pr.) 527.
Penzoldt (Erlangen) 316.
Peschel, M. (Frankf. a. M.) 156.
Peters (Petersthal) 333.
Petretto, R. (Graz) 274.
Pfaffenholz (Düsseldorf) 529.
Pfeiffer (Wiesbaden) 241.
Pfeilsticker, O. (Schwäb.-Hall) 92.
Philip, C. (Hamburg) 273, 324.
Pick, F. J. (Prag) 87.
Pickardt, M. (Berlin) 468.
Pinkus, F. (Berlin) 324.

v. Pirquet, C. (Wien) 137.
Pisarski (Krakau) 145.
Podhoretzki, E. D. (St. Petersburg) 195.
Pollak, J. (Alland) 361.
Polland, R. (Graz) 330.
Pollitzer, J. (Wien) 427.
Posner, C. (Berlin) 290.
Prieur 429.
Prölss (Scheessel) 52.
Prüsmann (Berlin) 312.
Prym, O. (Greifswald) 232.
Putz, R. (Meran) 55.

R.

Rabow (Lausanne) 388.
Radmann (Laurahütte) 439.
Raecke 214.
Rahn, A. (Collm) 412.
Rahner, R. (Gaggenau) 538.
Rasp, Ad. (Plan) 195, 236.
Rau (Essen) 270.
Rauchmann, J. 427.
Reinicke (Tangermünde) 473.
Rheinboldt, M. (Kissingen) 61.
Richter, W. (Chemnitz) 433.
Riegner, R. (Berlin) 6.
Riehl (Kissingen) 71.
Rixen, P. (Wuhlgarten) 294.
Rommel, O. München 531.
Rosin, H. (Berlin) 181.
Rubens (Gelsenkirchen) 309.
Rudolph (Magdeburg) 53.
Ruhemann, J. (Berlin) 21, 438, 502.
Runge, E. (Berlin) 343.
Rupfle, J. (Babenhausen) 260.
Ruprecht, M. (Bremen) 556.

S.

- Saalfeld, Edm. (Berlin) 76, 377, 501.
 Sänger, M. (Magdeburg) 155.
 Salge (Berlin) 505.
 Sarason, L. 142.
 Schäffer, R. (Berlin) 150.
 — (Leun) 353.
 Schanz, A. (Dresden) 434.
 Schein, M. (Budapest) 337.
 Schill 112.
 Schindler, E. (Prag) 123.
 Schlesinger, H. (Frankfurt a.M.) 548.
 — H. (Wien) 526.
 Schlüter, R. (Rostock) 410.
 Schmidt, K. (Cottbus) 523.
 — W. (Dresden) 486.
 Schnabel (Magdeburg) 317.
 Schömann (Hagen) 273.
 Schönbaum, A. (Josefstadt) 187.
 Schomburg (Bremen) 320.
 Schourp (Danzig) 346.
 Schulze, K. (Dresden) 242.
 Schuster (Aachen) 297.
 Schwarz, G. (Jägerndorf) 131.
 v. Seiller, R. (Wien) 140.
 Senator (Berlin) 200.
 Siebert, C. (Breslau) 268.
 Siebold, W. (St. Petersburg) 69.
 Siegert (Halle) 97.
 Sinnhuber, Fr. (Berlin) 38.
 Sliwinski (Chorzow) 352.
 Sobernheim, W. (Berlin) 450.
 Sokolowsky, R. (Königsberg) 32.
 Špitzer, L. (Wien) 300.
 Springer, C. (Prag) 129.
 Stein, B. (Nürnberg) 62.

- v. Steinbüchel, R. (Graz) 291.
 Steiner, M. (Altenburg) 557.
 Steinschneider (Franzensbad) 334.
 Stepp (Nürnberg) 305.
 Stern, C. (San Remo) 507.
 Stern, E. (Cassel) 153.
 Stoeltzner, W. (Halle) 395, 530.
 Stolper, L. (Wien) 9.
 Stolz 1.
 Strauss, A. (Barmen) 134.
 Ströll (München) 203.
 Stroux, H. (Andernach) 145.
 Strzyzowski (Lausanne) 388.
 v. Szaboky, J. (Gleichenberg-Arco) 126, 231.

T.

- Tändler 463.
 Tamerl, R. (Innsbruck) 20.
 Thiemann, H. (Berlin) 319.
 Thienger, K. (Nürnberg) 332.
 Thom, W. (Düsseldorf) 540.
 Thomson, E. (Helenenhof) 54.
 — H. (Odessa) 6.
 Tillmanns, H. (Leipzig) 365.
 Toff, E. (Braila) 217, 279, 311, 517.
 Treub, H. (Amsterdam) 25.

U.

- Ulrich, A. (Wien) 451.
 Ulrici, H. (Reiboldsgrün) 212.
 Unger (Berlin) 423.
 Unschuld (Neuenahr) 390.

V.

- Varges, J. (Dresden) 323, 486.
 v. Veress, Fr. (Hamburg) 545.

c*

Vieth, H. (Ludwigshafen) 397.
 Vlach, A. (Prag) 320.
 Vörner, H. (Leipzig) 403.
 Volk, R. (Wien) 266.
 Volland (Davos) 44.

W.

Wagner, R. (Bautzen) 70.
 Walser 357.
 Walther, H. (Giessen) 278.
 Walti (Oberschaffelsheim) 180.
 Wechsler, E. (Wien) 538.
 Wederhake (Elberfeld) 526.
 Wehmer, Fr. (Naurod) 128.
 Weik (Breslau) 407.
 Weinberger (Wiesbaden) 553.
 Weissmann, K. (Lindenfels)
 282, 501.
 Weitlaner, F. 166, 230, 261,
 377.
 Welander, E. (Stockholm) 121.
 Westberg, F. (Hamburg) 518.
 Westenhoeffer (Berlin) 492.
 Westphal, A. (Bonn) 494.
 Wichmann, R. 374.

Wiegmann, E. (Hildesheim) 225.
 Wild 11.
 Winckelmann, W. (Cöln) 502.
 Winter (Königsberg i. Pr.) 545.
 Wintersteiner (Wien) 106.
 Witte, E. (Berlin) 457.
 Witthauer, K. (Halle a. S.) 54,
 146, 417.
 Wolff, Alb. (Berlin) 53.
 Wolff, L. (Frankfurt a. M.) 263.
 Wolff, W. (Berlin) 508.
 Wollenberg, G. A. (Berlin) 160.
 Wormser, E. (Basel) 194.
 Wuhrmann, F. (Kilchberg-
 Zürich) 282.

Z.

Zajackowski, J. (Lemberg) 180.
 Zakrzewski (Posen) 429.
 Zangger, Th. (Zürich) 355.
 Zesas, G. 130.
 Zeuner, W. (Berlin) 277, 374.
 Zickgraf (Sulzhayn) 31.
 Zweifel (Leipzig) 452.



Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

October

XIV. Jahrgang

1904.

Anaesthesie, Narkose. Eine Mittheilung, Suprarenin

betreffend, macht Dr. H. Braun (Leipzig). Die Höchster Farbwerke stellen jetzt eine neue, leicht und klar in Wasser lösliche, krystallinische Suprareninverbindung her, das *borsaure Suprarenin*. 1,3 g desselben enthalten 1 g reines Suprarenin. Diese Verbindung eignet sich infolge ihrer Wasserlöslichkeit sehr gut zur Dosirung in comprimierten Tabletten. Derartige Tabletten, von denen jede 0,01 Cocain + 0,00013 Suprarenin. boric. + 0,009 Natr. chlorat. enthält, werden von G. Pohl (Schönbaum bei Danzig) hergestellt. 1 Tablette, unmittelbar vor dem Gebrauch in 1 cem sterilisirten Wassers gelöst, ergiebt z. B. die für eine Zahnextraction erforderliche Lösung. Für andere Zwecke kann eine solche nach Bedarf mit Kochsalzlösung verdünnt werden; 1 Tablette, gelöst in 100 cem Kochsalzlösung, giebt noch eine Lösung, welche in den mit ihr reichlich infiltrirten Geweben fast vollständige Blutleere und eine langdauernde Anaesthesie hervorruft.

(Centralblatt f. Chirurgie 1904 No. 20.)

- Ueber **Adrenalin-Cocain-Anaesthesie bei Zahnextraktionen** lässt sich Stolz aus. Die Technik ist folgendermaassen: Man nimmt von einer Lösung, die 10 g Cocain und 7 g Kochsalz auf 1 Liter enthält, 9 Teilstriche in die Pravaz'sche Spritze und dann von einer Adrenalinlösung 1 : 1000 1 Teilstrich und mischt die Flüssigkeiten in der Spritze; darauf stösst man die auf der Spritze sehr straff aufsitzende kurze

Canüle auf der Aussenseite von der Mitte des Zahnes aus nach der Wurzel zu, parallel mit dem Knochen, $\frac{1}{2}$ cm tief unter die Schleimhaut und anaesthesirt so die betreffende Zone; das gleiche macht man auf der Innenseite, so dass man für eine Zahnextraction je 1 Pravazspritze obiger Mischung verbraucht. Auf diese Weise gelingt es, aus dem Oberkiefer Zähne sicher schmerzlos zu extrahieren. Contraindication ist Periostitis. Am Unterkiefer gelingt die Anaesthesirung in etwa 90 Procent der Fälle.

(Unterelassischer Aerzteverein, 2. Juli 1904. —
Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 31.)

— Betreffs **Narkose bei Diabetischen** formulirt Kausch (Breslau) seine Forderungen in folgenden Thesen:

1. Die Inhalationsnarkose ist nach Möglichkeit einzuschränken; es sind die verschiedenen Methoden der localen Anaesthesirung anzuwenden, soweit dieselben nicht contraindicirt sind.

2. Die Narkose aus rein diagnostischen Gründen ist zu verwerfen.

3. Zu vermeiden sind besonders mehrere Narkosen hintereinander in kurzen Abständen.

4. Das Chloroform ist beim Diabetiker principiell zu verwerfen, der Aether ist das Narkoticum des Diabetikers. Für kurze Narkosen ist der Aetherrausch, weniger das Bromäthyl zu empfehlen. Die stärker toxische Wirkung des Chloroforms gegenüber dem Aether ist erwiesen; besonders ruft das Chloroform stets stärkere Acetonurie hervor als der Aether.

5. Das Quantum des Narkoticums und die Dauer der Narkose sind nach Möglichkeit herabzusetzen.

6. Die Inhalationsnarkose beim Diabetiker soll stets am frühen Morgen vorgenommen werden, es soll die Zeit des längsten physiologischen Hungerns nicht unnöthig verlängert werden. Auf die Ernährung vor und nach der Narkose ist genau zu achten.

7. Jeder zu narkotisirende Diabetiker, aber auch jeder, bei dem in localer Anaesthesie operirt wird, ist vor der Operation bereits der Natrontherapie zu unterziehen, d. h. bis zur alkalischen Reaction des Urins mit Natron bicarbonicum zu stopfen.

8. Die Narkose ist nach Möglichkeit beim zuckerfreien Diabetiker vorzunehmen. Sie darf aber nicht mit dem Eintritt der Zuckerfreiheit zusammenfallen oder demselben sofort auf dem Fusse folgen.

9. Droht das Coma oder ist es gar ausgebrochen, so ist die Natrontherapie mit aller Energie in Angriff zu nehmen: per os, per anum, subcutan, intravenös. Ferner ist der Versuch mit Kohlehydratsäuren (Glukonsäure) zu machen, welche vom Körper verbrannt werden, den Kohlehydratstoffwechsel nicht belasten und die Acetonurie vermindern.

(33. Congress der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. — Beiblatt zum Centralblatt f. Chirurgie 1904 No. 27.)

Blutungen. Einen Fall von einseitiger Amaurose nach

Magenblutung erlebte A. Fränkel. Am 3. X. 1903 wurde der 46jährige Pat. aufgenommen wegen starken Magenblutens, das, wie die näheren Umstände zeigten, höchstwahrscheinlich von einem Ulcus herrührte und schon eine Woche bestand. Pat. war sehr schwach und anaemisch, die B. mussten sehr profuse gewesen sein. Pat. erhielt 3mal täglich 15 Tropfen Adrenalin (1%) und angemessene Ernährung, wobei sich das Befinden allmählich besserte. Am 9. X. klagte Pat. zum 1. Male über Flimmern auf beiden Augen. Dasselbe bestand in den nächsten Tagen fort, wobei sich eine schnell fortschreitende Abnahme des Sehvermögens auf dem rechten Auge einstellte. Am 15. X., also etwa 3 Wochen nach dem Einsetzen der B., wurde folgender ophthalmoskopischer Befund erhoben: Rechts Papille stark verwaschen, weisslichgrau verfärbt, Gefässe nicht verändert; links temporale Begrenzung der Papille etwas schärfer, im Uebrigen keine Veränderungen; concentrische Einengung des linken Gesichtsfeldes; Sehschärfe rechts = 0, links nicht erheblich herabgesetzt. In der Folge blieb die Amaurose des rechten Auges unverändert bestehen, während links sich die normale Sehschärfe einstellte. Befund am 5. XI.: Rechte Papille besser begrenzt, grau, Arterien unregelmässig calibriert, Arter. tempor. super. dicht am Papillenrand auf kurze Strecke stark verengt; nach oben von der Papille 3 kleine gelblichweisse zackige Herdchen ohne Beziehung zu Gefässen; linke Papille röthlichgrau; Pupillarreaction rechts auf Licht fehlend, bei der Accommodation und consensuell vorhanden. Am 18. XI. Entlassung; bis dahin nichts Besonderes im Verlauf, speciell keine weitere Veränderung des Augenhintergrundes; das Sehvermögen rechts blieb erloschen, während links das Gesichtsfeld sich wieder verbreiterte. — Das Vorkommen von vollständiger Erblindung nach starken B. ist selten. Bemerkenswerth ist, dass sie meist nicht in unmittelbarem

Anschluss an die B., sondern erst mehrere Tage später oder, wie im obigen Falle, sogar erst Wochen danach erfolgt. Die Erblindung braucht nicht dauernd zu sein, sie kann theilweise oder vollständig wieder verschwinden. Betreffs des Augenspiegelbefundes giebt Schmidt-Rimpler an, dass man bei frischen Fällen regelmässig das Bild der Neuritis, bisweilen auch der Neuroretinitis mit vereinzelt Haemorrhagieen in der Netzhaut findet. Letztere fehlten bei obigem Pat. Auch die von Schmidt-Rimpler erwähnten kleinen, glänzend weissen Flecke in der Retina wurden vermisst, dagegen entsprach das Verhalten der Papilla nervi optici durchaus der von diesem Autor gegebenen Schilderung; sie wird als trübe, blassgrau, leicht geschwollen bezeichnet, Veränderungen, welche jedoch nicht immer die ganze Papillarfläche einzunehmen brauchen. Während endlich die Arterien auf der Papille meist eng sind, so ist deren Durchmesser auf der eigentlichen Netzhaut etwas breiter, und das Gleiche gilt von den Venen. Die Ursache der plötzlichen Amaurose ist in der Mehrzahl der Fälle retrobulbäre Neuritis, mit deren Annahme auch die Thatsache, dass die Erblindung meist erst einige Zeit nach dem Blutverlust eintritt, in guter Uebereinstimmung steht. Obiger Fall war besonders bemerkenswerth wegen der *Einseitigkeit der Amaurose*. Diese legte auch die Frage nahe, ob nicht ausser dem Blutverlust hier noch ein anderes locales Moment an der Entstehung mitbetheiligt war. Auffallend war der Umstand, dass am 5. XI. bei der Untersuchung die Arterien in der Nähe der rechten Papille unregelmässig calibriert erschienen und der obere Ast der Temporalarterie an ihrem Rande sich auf kurze Strecke verengert erwies. War in diesem Verhalten vielleicht der Ausdruck einer Arterienwanderkrankung zu suchen? Bekannt ist, dass im Gefolge von *Arteriosklerose* plötzliche Erblindungen eines oder beider Augen infolge Embolie oder Thrombose der Arter. central. retinae vorkommen. Fränkel hat einen solchen Fall von einseitiger Erblindung im vorigen Jahre beobachtet; ein Herr in den 50er Jahren wurde plötzlich von Amblyopie des linken Auges befallen, die nach einigen Stunden vorüberging, aber 8 Tage später wiederkehrte, um in dauernde Amaurose überzugehen. Bei obigem Pat. bestanden nun allerdings Zeichen von Arteriosklerose sonst nicht. Aber falls letztere trotzdem vorlag, so wird man ihr doch nach dem ganzen Verlauf nur eine indirect den Eintritt der Katastrophe befördernde Wirkung beimessen und mit ihr allenfalls die

Einseitigkeit der Erblindung in Zusammenhang bringen dürfen; in letzter Instanz war zweifelsohne der abnorme Blutverlust Ursache der Amaurose.

(Die Medicin, Woche 1904 No. 17.)

- Ueber die **Behandlung von Haemorrhoidalblutungen mittels rectaler Chlorcalciuminjectionen** berichtet Dr. J. Boas (Berlin). Zwar hat derselbe seit einer langen Reihe von Jahren in den Einspritzungen von Carbolsäurelösungen in die Knoten (er bedient sich neuerdings einer 15%igen) ein in der Mehrzahl der Fälle völlig ausreichendes und auf viele Jahre hinaus wirksames Mittel schätzen gelernt, allein auch diese Methode schützt nicht immer vor Recidiven und erfordert zudem mehrtägige absolute Bettruhe. Unter diesen Umständen ist die radicale Entfernung der Varicen durch Excision, Ausbrennen oder Ligatur nicht selten erforderlich gewesen. Wie Autor nun weiss, gelingt es jetzt, durch ein einfaches Mittel der B. Herr zu werden, sodass die Hauptindication zur operativen Behandlung der Haemorrhoiden fortfallen kann. Auf Grund 2jähriger Erfahrungen glaubt Autor behaupten zu können, dass wir in Anwendung von rectal applicirten Chlorcalciumlösungen ein ausgezeichnetes und nur selten versagendes Mittel zur Beseitigung besonders chronischer und erschöpfender Haemorrhoidalblutungen besitzen. Die Technik ist sehr einfach. Man lässt von einer 10%igen wässrigen Lösung mittels einer kleinen gutgeölten Mastdarmspritze 20 g früh nach der Entleerung injiciren und die Flüssigkeit zurückhalten. Bei sehr schweren B. lässt Autor noch eine 2. Injection Abends vor dem Zubettgehen erfolgen. Die Injectionen sind völlig schmerzlos. 25 Fälle hat Autor so mit Erfolg behandelt. Ausser bei Haemorrhoidalblutungen hat er auch wiederholt Ca Cl_2 -Injectionen bei anderen Mastdarmblutungen, so z. B. in mehreren Fällen von starken Haemorrhagieen bei Mastdarmcarcinom mit entschiedenem, wenn auch naturgemäss vorübergehendem Erfolg angewandt. Um prompte Erfolge und keine ungünstigen Nebenwirkungen zu erzielen, bedarf es eines chemisch reinen Salzes (Sol. Calc. chlorat. cristallis. puriss.), sonst kann das Mittel versagen und erhebliches Brennen verursachen. Es ist gut, die Injectionen noch längere Zeit nach dem Aufhören der B. fortzusetzen, in schwereren Fällen ca. 4 Wochen täglich, später etwa 2—3mal wöchentlich; sobald sich dann neuerdings B. bemerkbar machen, müssen die Injectionen wieder täglich 1—2 mal applicirt werden.

(Die Therapie der Gegenwart, Juli 1904.)

- Bei **Behandlung der Nachgeburtsblutungen** empfiehlt Dr. H. Thomson (Odessa) folgenden Handgriff, der sich ihm sowohl bei atonischen, als auch bei Rissblutungen bestens bewährt hat. Nach Entfernung der Placenta umfasst man fest mit der rechten Hand den Uterus und drückt ihn tief in das Becken und mehr nach vorn gegen die Symphyse. Mit der linken Hand drückt man einen grossen, festen, sterilen Wattetampon stark gegen die Vulva in das Becken hinein, sodass der Uterus zwischen den Händen und der Symphyse möglichst fest comprimirt längere Zeit, $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ —1 Stunde erhalten wird, wobei die linke Hand sich auf den Ellbogen aufstützt, die rechte durch die Hände eines Gehülfen unterstützt oder zeitweilig abgelöst werden kann. Nachher kommt auf den Uterus ein Sandsack oder irgend ein schwerer Gegenstand, der noch mit einem umgelegten Handtuch fixirt werden kann. Nach vorausgegangener Uterustampnade kommt eine noch grössere Compressionswirkung zustande. Bis jetzt genügte dieses vom Autor in letzter Zeit in einer Reihe von Nachgeburtsblutungen angewandte Verfahren immer.

(Die Therapie der Gegenwart, Juli 1904.)

Cystitis. **Hetralin** hat Dr. Fr. Euler-Rolle (Wien) mit bestem Erfolge bei C. infolge von *Prostatahypertrophie*, von *Gonorrhoe*, von instrumentellen Eingriffen angewandt, ausserdem erwies sich das Präparat ausserordentlich wirksam bei der *ammoniakalischen* Harnghärung. In überraschend kurzer Zeit brachte es oft die subjectiven und objectiven Erscheinungen zum Schwinden, ohne von irgend welchen nachtheiligen Erscheinungen begleitet zu sein. Was die Dosis anbelangt, so dürfte man durchschnittlich mit $1\frac{1}{2}$ —2 g pro die die erstrebte Wirkung so ziemlich immer erreichen. Ist die Besserung erst einmal eingetreten, so genügt meist die Dosis von 0,5—1,0 g, um diese aufrecht zu erhalten.

(Medicinische Blätter 1904 Nr. 26.)

- **Hetralin** hat Dr. G. Helfer (Wien) bei der *typhösen* C. 10 Pat. gegeben und war mit dem Effect sehr zufrieden. Er betont noch, dass man beim Typhus prophylaktisch Hetralin verabreichen, jedem Reconvalescenten 2 g täglich geben sollte. Auch in 6 Fällen von *harnsaurer Diathese* ordinarie Autor das Mittel; 2 mal befriedigte die Wirkung nicht, 4 mal aber war dieselbe eine eclatante.

(Ibidem.)

- Auch Dr. R. Riegner (1. innere Abtheilung des Städt. Krankenhauses am Urban in Berlin) lobt **Hetralin** als wirksames

Mittel gegen C. und als Prophylacticum bei Affectionen, wo die Gefahr des Eintretens einer C. vorliegt, z. B. bei Gehirn- oder Rückenmarksleiden; giebt man 1,5 g pro die, so gelingt es, die Zersetzung des Urins hintanzuhalten.

(Wiener klinisch-therap. Wochenschrift 1904 No. 27.)

- **3 Fälle von Blasenkatarrh bei Kindern** (jungen, weiblichen) hat Dr. O. Meyer (Hamburg) beobachtet, die sich durch eigenartige Aetiologie auszeichneten. In allen 3 Fällen machten sich ganz plötzlich bei den vorher gesunden Kindern die Zeichen einer C. bemerkbar, nachdem sie schnell hintereinander forcirte Streckungen und Beugungen des Rumpfes nach Art der Schultze'schen Schwingungen durchgemacht hatten. Das eine Kind hatte in einem Schaukelstuhl sich „toll“ vergnügt und dadurch jene Bewegungen gemacht, eine andere der kleinen Pat. war von ihrem Vater um die Schultergelenke gefasst und schwingend auf seinen Kopf gehoben worden u. s. w. Bei 2 Kindern liessen die ziemlich leichten Symptome nach wenigen Tagen nach, das 3. Mädchen aber hatte längere Zeit eine schwere haemorrhagische C. In den beiden ersten Fällen mag wohl der wie in einer Centrifuge geschleuderte Urin durch plötzliche Ueberdehnung eines Theiles der Blase die mittelbare Veranlassung einer Verletzung gewesen sein, die vielleicht in allen 3 Fällen in oberflächlichen Schleimhautrissen bestand.

(Der Kinder-Arzt 1904 No. 7.)

Diabetes. Ueber **ephemere traumatische Glykosurie** berichtet Kausch (Breslau). Derselbe hat in den letzten Jahren bei 11 Fällen von frischer Verletzung (9 Fracturen, 2 Contusionen) Glykosurie beobachtet, die in allen Fällen folgendes Gemeinsame hatten: Sie war bereits im ersten untersuchten Urin vorhanden; sie war niemals hoch, im Maximum 1%, durchschnittlich 0,5%. Nie bestanden diabetische Symptome, die Glykosurie schwand nach 1—8, durchschnittlich 3 Tagen. Bei der weiteren Beobachtung ergab sich, dass nur in *einem* Falle alimentäre Glykosurie ex saccharo bestehen blieb, in allen anderen Fällen verhielten sich die Menschen in bezug auf ihren Zuckerstoffwechsel durchaus normal. Es können also völlig normale Menschen nach Traumen spontane ephemere Glykosurie zeigen! Das Zustandekommen erklärt sich Autor durch die psychische Erregung.

(83. Congress der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. — Beilage zum Centralblatt f. Chirurgie 1904 No. 27.)

- Ueber die **Behandlung des D. mellitus mit dem Geheimmittel „Djoeat“** giebt Dr. M. Dapper (Städt. Krankenhaus Frankfurt a. M.) die Erfahrungen bekannt, die er bei 4 Fällen gemacht hat. Die Versuche fielen kläglich aus, in allen 4 Fällen nicht der geringste Nutzen, eher noch das Gegentheil. Das überraschte eigentlich, da der wesentliche Bestandtheil des „Djoeat“ das Syzygium jambulanum ist, mit dem man manchmal die Glykosurie wesentlich vermindern, wenn auch den D. nicht heilen kann. Nach dieser Richtung hin haben die in der Klinik gemachten Erfahrungen gelehrt, dass Jambulextrakte weniger zu empfehlen sind, als einfache Macerationen. Wer von Jambul Gebrauch machen will, lässt am besten durch den Apotheker die Früchte von E. Merck (Darmstadt) beziehen, da dort das frischeste, in Europa erhältliche Material zur Verfügung steht; altes Material ist unbrauchbar. Das von v. Noorden empfohlene Recept lautet: 200 g Früchte incl. der Samenkern werden fein zerstoßen und unter Zugabe von 10 g Kochsalz und 4 g Salicylsäure mit 2 Ltr. Wasser 24 Stunden lang bei Brutwärme und unter häufigem Schütteln macerirt. Höhere Temperaturen sind zu meiden. Nach 24 Stunden wird abfiltrirt. Bei kühler Temperatur hält sich die Maceration vortrefflich durch die Beigabe der Salicylsäure. Die 2 Ltr. Getränk reichen 10 Tage lang; morgens und abends werden je 100 ccm kalt getrunken. Man soll sich aber nicht zu sehr auf das Jambul verlassen; die Hauptsache bleibt die gewissenhafte Befolgung einer, den individuellen Verhältnissen angepassten Diaet. Wenn von Jambulpräparaten (Antimellin, Djoeat) Wunderdinge gemeldet werden, so gebührt der Erfolg in erster Linie der überaus strengen Diaet, die eingehalten werden muss, während das Medicament nur ein Adjuvans ist, das manchmal vorübergehend die Cur unterstützt, aber nur manchmal. Zweckmässiger ist es, sich zuverlässig frische Ware zu besorgen und sie von fachkundiger Hand bearbeiten lassen, nicht aber den Pat. einen unkontrollirbaren Mischmasch zu empfehlen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 32.)

- Ueber einen durch **innerliche Darreichung grosser Mengen doppeltkohlensauren Natrons geheilten Fall von echtem diabetischem Coma** berichtet Dr. K. Grube (Neuenahr). Es bestand schon ausgesprochenes Coma: Pat. ziemlich stark bewusstlos, nur auf lautes Anrufen durch langsames Oeffnen der Augen reagirend, liess Wasser unter sich gehen, die Athmung von charakteristischem Typus, Athemluft

stark nach Aceton riechend u. s. w. Da der Kranke noch schlucken konnte, bekam er consequent durch 48 Stunden hindurch stündlich 5 g Natr. bicarb. in $\frac{1}{2}$ Weinglas Apollinariswasser, und diese Therapie bewirkte rasch einen Umschwung, sodass Pat. nach 3 Tagen hergestellt war.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 34.)

- **D. insipidus, behandelt mit Strychnin-Injectionen.** Nachdem im vorigen Jahre Feilchenfeld von der heilenden Wirkung dieser Behandlung beim D. insipidus berichtet, kann jetzt Dr. Br. Leick (Diakonissen-Krankenhaus Witten a. d. Ruhr) ein Gleiches mittheilen und er möchte daher diese Art der Behandlung des D. insipidus vor allen anderen empfehlen, falls nicht besondere Momente, z. B. Syphilis, die für die einzuleitende Therapie von bestimmendem Einfluss sind, vorliegen. Bei einem 49jährigen, bis dahin gesunden Manne hatte sich im Anschluss an einen Sturz, der zu einer schweren Erschütterung des Centralnervensystems geführt hatte, das typische Bild des D. insipidus entwickelt. Unter dem Einflusse von Strychnininjectionen — im Ganzen erhielt Pat. in 20 Tagen 15 Injectionen von zusammen 0,0005 g Strychnin. nitric. — ging die Urinmenge wesentlich herunter, und als dann wegen auftretender Vergiftungserscheinungen die Injectionen ausgesetzt werden mussten, sank trotzdem die Harnmenge weiter, und es schwanden auch die übrigen pathologischen Erscheinungen. Man kann da wohl von Heilung sprechen, zumal das Befinden des Kranken, der noch 4 Wochen im Krankenhause verblieb, dauernd ein gutes blieb und die Urinmenge sich weiter in niedrigen Grenzen hielt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 33.)

Enuresis. Betreffs **Behandlung der E. bei Mädchen** theilt

Dr. L. Stolper (Wien) mit, dass er in 10 Fällen, die er genau beobachtet, prompten Erfolg erzielt habe mit der Sängerschen Methode der *Dilatation des Sphincter*. Es waren fast stets schon verschiedene Mittel erfolglos angewandt worden. Die Erfolge der Dehnung waren dauernde. Die Technik besteht nach Sängers in Folgendem: „Nach Reinigung der Harnröhrenmündung mittels Watte führt man einen desinficirten Metallkatheter, am geeignetsten einen weiblichen, 5—7 cm tief in die Blase ein, sodass die Spitze des Katheters etwa bis zur Einmündungsstelle der Harnleiter hinaufreicht. Während die Kuppe des Zeigefingers der rechten Hand die Mündung des Katheters ver-

schliesst und diesen gleichzeitig ruhig in der Lage erhält, wird der Zeige- oder Mittelfinger der anderen Hand dicht vor der Harnröhrenmündung auf den Katheter aufgelegt. Nun übt dieser Finger einen kräftigen Druck zunächst nach unten, dann abwechselnd beiderseits nach aussen. Der Druck soll federnd sein, elastisch und kräftig, sodass mitunter die äussere Harnröhrenmündung weit geöffnet wird und neben dem Katheter etwas Urin abfliesst“. Diese Behandlung, die meist völlig schmerzlos ist, dauert nur einige Minuten, da man im Allgemeinen nicht mehr als 12—15 Drehungen nach allen 3 Richtungen auszuführen braucht. Autor wiederholt dies jeden zweiten bis dritten Tag und kam ausnahmslos nach 8—10 Behandlungen zum Ziel. Wenn er auch nicht behaupten will, man habe es mit einem unfehlbaren Mittel zu thun, so ist es doch sicher eines, das alle anderen an Sicherheit der Wirkung weit überragt.

(Halbmonatsschrift f. Haut- und Harnkrankheiten 1904 No. 10—12.)

Gonorrhoe. Ichthargan benützte Dr. T. S. Glickmann bei zahlreichen Fällen und kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Schlüssen:

1. Das Ichthargan kürzt im Allgemeinen unbedingt den Verlauf der Krankheit ab.
2. Das Ichthargan bewirkt keine Reizungserscheinungen, sondern beseitigt rasch die Schmerzen bei der Harnentleerung, verringert den Ausfluss und verwandelt denselben aus einem eitrigen in einen serösen.
3. Bei der Anwendung des Ichthargan macht sich eine Neigung des Krankheitsprocesses, auf die Pars post. urethrae überzugehen, nicht bemerkbar.
4. Complicationen von Seiten der Geschlechtsorgane werden bei Behandlung mit Ichthargan augenscheinlich seltener angetroffen, als bei anderen Behandlungsmethoden.
5. Das Ichthargan tödtet ziemlich rasch die Gonokokken, wobei jedoch diese, wenn sie einmal verschwunden sind, wieder auftreten können.
6. Die Concentration der Lösungen kann bis auf eine solche von 2:1000 gesteigert werden, ohne dass zu befürchten wäre, eine Reizung der Harnröhre herbeizuführen.
7. Die Ichthargan-Lösungen müssen ex tempore mit kaltem destillirtem Wasser hergestellt und nicht länger

als 2—3 Tage in einem dunklen Gefäss aufbewahrt werden.

8. Das Ichthargan kann, wenn es auch kein Specificum ist, doch bei Gonorrhoe als eines der besten antigonorrhoeischen Mittel auf das wärmste empfohlen werden.

(Die Medicin. Woche 1904 No. 15.)

- **Arhovin** hat Dr. Manasse (Karlsruhe) als wirksames internes Antigonorrhoeicum schätzen gelernt. Er gab den Pat. dreimal täglich 2 Kapseln à 0,25 g und konnte damit rasch die Gonokokken eliminiren. Einige Male liess Autor daneben auch in die Urethra Lösungen von Arhovin 2,0 : Ol. Olivar. 100,0 injiciren, welche Behandlung sich ebenfalls zu bewähren schien. Um die antiseptischen Eigenschaften des Arhovin in directer Berührung mit der erkrankten Schleimhaut noch mehr zu verwerthen, würde es sich vielleicht empfehlen, Urethralstäbchen resp. Vaginaltampons nach folgenden Formeln herzustellen:

Rp. Arhovin. 0,1—0,2
Ol. Cacao. 10,0
M. f. bacill. urethral. No. X.
S. 3 mal täglich 1 Stäbchen einzuführen.

Rp. Arhovin 2,0—5,0
Ol. Cacao ad 100,0
M. f. globul. vagin. No. 30.
S. 3 mal täglich 1 Stück einzuführen.

(Therap. Monatshefte, Juli 1904.)

- Ueber **eine ungewöhnlich lange Incubationsdauer der G.** berichtet Dr. M. Joseph (Berlin). Der Herr hatte in der Nacht vom 29. zum 30. Mai die Cohabitation ausgeübt. Vom 8. bis 10. Juni unternahm er eine forcirte Radtour, und erst am 14. Juni bemerkte er den ersten eitrigen Ausfluss. Am 15. Juni suchte er den Autor mit einer typischen G. mit massenhaften Gonokokken auf. Solche Fälle sind auch früher mehrfach gesehen worden, z. B. betrug bei einem Falle v. Notthafft's die Incubation 12 Tage.

(Dermatolog. Centralblatt, Juli 1904.)

- Hyperidrosis.** Ueber **H. unilateralis nach Trauma** berichtet Dr. Wild (Unfallnervenklinik der Sächs. Baugewerks-Berufsgenossenschaft). Einem 1872 geborenen, bis dahin

nie kranken Maurer fiel am 8. Juli 1902 eine grössere Stange auf die linke Kopfseite. Er war bewusstlos, erbrach und blutete aus der Nase, hatte aber keine offene Wunde. Nach einigen Wochen kam er auf die Klinik, wo die Untersuchung hysterische Symptome ergab. Besonders auffallend war aber das starke Schwitzen auf der linken Kopfseite beim Essen. Bei jeder Mahlzeit tritt (zum ersten Male ca. 4 Wochen nach der Verletzung) gleich nach Beginn des Kauactes Schweissabsonderung auf der ganzen linken Kopfhälfte auf, die genau mit der Mittellinie abschneidet; ihre Stärke ist verschieden, die Haut nicht geröthet oder heiss. Mit dem Aufhören der Kaubewegung hört auch das Schwitzen auf. Die Art und Menge der genossenen Speisen ist ohne Belang. Ausserhalb der Mahlzeiten nie Schwitzen, nicht bei psychischen Erregungen, nicht bei körperlichen Anstrengungen, soweit letztere mit Rücksicht auf die vorhandenen Kopfschmerzen und Schwindelerscheinungen ausführbar waren. Pat. wurde entlassen, kam aber nach Wochen wieder. Die Schweisssecretion ist jetzt eher in verstärktem Maasse bei der Nahrungsaufnahme vorhanden. Pat. giebt ganz bestimmt an, zu Beginn des Kauens stets einen heftigen Stich an der früher empfindlichen Stelle des linken Scheitelbeines im Kopfe zu verspüren, worauf dann unmittelbar das Hervorströmen des Schweisses beginne. Er fürchte sich deshalb richtig vor dem Essen; die Vermehrung der Kopfschmerzen halte während der ganzen Mahlzeit an. — Es handelt sich also um einen Mann, der durch einen heftigen Schlag auf die linke Kopfseite eine *Gehirnerschütterung* davontrug, an die sich eine ausgesprochene *Hysterie* und eine mit starker Zunahme der Kopfschmerzen einhergehende *Hypersecretion der Schweissdrüsen der ganzen linken Kopfhälfte* anschloss. Einseitige H. kann abhängen: 1. von einer organischen Erkrankung des Centralnervensystems, 2. von einer Affection des Halssympathicus, 3. von einer Störung der Gesichtsnerven, 4. von reflectorischen (Geschmacks- und Empfindungsreize) oder psychischen Einflüssen. Punkt 2 und 3 kann hier ohne weiteres ausgeschlossen werden. Nicht unmöglich wäre eine organische Laesion des Centralnervensystems, wobei hier beim Fehlen jedes greifbaren objectiven Symptoms nur an feinste Veränderungen (etwa kleine Blutungen) in der Gegend des Schweisscentrums gedacht werden könnte; auffallend wäre hierbei allerdings, abgesehen von der Beschränkung der Verletzung auf diese Stelle, das Auftreten der H. erst vier

Wochen nach dem Unfalle. Autor glaubt vielmehr, dass es sich um eine reinpsychische Anomalie des secretorischen Apparates handelt, die durch den Kauact reflectorisch ausgelöst wird und analog den der Hysterie eigenthümlichen halbseitigen Störungen der sensiblen und motorischen Sphaere sich auf die vom Trauma betroffene Seite beschränkt. Für diese Auffassung spricht auch die Furcht des Pat. vor dem Essen und seine Angabe, während desselben heftige linksseitige Kopfschmerzen zu verspüren. Pat. bot keine psychischen Degenerationszeichen dar, erbliche Belastung fehlte, Arteriosklerose bestand nicht. Es kann offenbar ein Trauma durch Erzeugung einer Hysterie die Ursache einer H. unilaterialis werden, etwaige erbliche Belastung ist event. nur ein begünstigendes Moment.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1904 No. 10.)

Intoxicationen. Ueber einen **Fall acuter Chromvergiftung**,

der in mehrfacher Beziehung interessant ist, berichtet Dr. A. Lohr (Medicin. Klinik Prag). Es war ein schwerer Fall von Vergiftung mit einer concentrirten, mit Schwefelsäure etwas angesäuerten Lösung von Kalium bichromicum, wie es zum Füllen von elektrischen Batterien verwendet wird. Die Prognose dieser Fälle ist immer sehr ernst, die meisten Fälle verlaufen tödtlich. In obigem Falle wurde die von v. Jaksch empfohlene *Magenausspülung mit 0,1% iger Silbernitratlösung* angewandt, welche Lösung Chromsäure und Chromverbindungen in unlösliches Chromsilber überführt. Nach Ausspülung des Magens mit reichlichen Mengen sterilisirten Wassers (40 L.) wurde mit 3 L. der genannten Lösung nachgespült, und dieser Therapie ist es zweifellos zu verdanken, dass Pat., der 2—3 Esslöffel, also 70—100 g jener concentrirten Lösung von Kaliumbichromat getrunken hatte, gerettet wurde, obwohl der sehr schwere Fall erst 2½ Stunden nach der Vergiftung zur Behandlung kam. Die Chromsäure hatte hier, wie immer, Nephritis hervorgerufen, ausserdem trat aber am zweiten Tage Zucker auf, der erst am fünften Tage verschwand. Der Fall zeigt also, dass auch bei acuter Chromvergiftung Glykosurie auftreten kann.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 28.)

- Ueber einen **Fall von lebensrettender Wirkung des Aderlasses bei acuter Kohlenoxydvergiftung** berichtet H. Heidler (Klinik von R. v. Jaksch in Prag). Es handelte sich um einen sehr schweren Fall, dessen günstiger Ausgang zweifellos der Venaesectio (es wurden aus der linken

Vena cephalica über 500 ccm entleert), verbunden mit ausgiebigen Kochsalzinfusionen (in jeden Schenkel 250 ccm physiolog. Kochsalzlösung) zu danken war.

(Prager med. Wochenschrift 1904 No. 29.)

- **Zur Hygiene des Rauchens** giebt Dr. J. Bamberger (Kissingen) einige beherzigenswerthe Winke. Er unterscheidet zwischen „*Trockenrauchern*“, d. h. solchen, die nur mittels Spitze oder ohne solche so rauchen, dass selbst das Stummelchen vollständig trocken bleibt, und „*Nassrauchern*“, die von Anfang an ihre Cigarre mit Speichel durchfeuchten. Die Trockenraucher verleiben ihrem Körper viel weniger Nicotin, Pyridinbasen, Ammoniak, Blausäure, Schwefelwasserstoff u. s. w. ein, als die 2. Kategorie, die also den Gefahren des Tabaks in viel höherem Grade ausgesetzt ist, als die der Trockenraucher, die zweifellos nur relativ wenig durch das Rauchen gefährdet wird. In Bezug auf die Prophylaxe der chronischen Nicotinvergiftung ergeben sich somit neue Gesichtspunkte. Wir werden schon die gesunden Raucher auf die Gefahren des Nassrauchens aufmerksam zu machen haben, und werden bei Personen, die schon Schaden an ihrer Gesundheit genommen haben, uns nicht damit begnügen, das tägliche Quantum zu verringern, sondern werden verlangen, dass trocken geraucht wird. Mit dem Rauchen nicotinarmer Cigarren ist nichts gewonnen; es entstehen ja noch andere giftige Producte, die beim Nassrauchen eben reichlich resorbiert werden. Weitere Verbreitung aber verdienen die Versuche von Thoms. Derselbe benützte Wattefilter, die er mit Eisenoxydul oder Eisenoxydsalzen tränkte. Diese werden von den flüchtigen Basen des Tabakrauches zerlegt, welche dann von den Säuren der betreffenden Eisensalze zurückgehalten werden. Als besonders nützlich erwies sich mit Eisenchlorid getränkte Watte. Wenn auch das Verfahren patentlich geschützt ist, so kann doch jeder Raucher seine Cigarrenspitze mit Eisenchloridwatte selbst tamponiren.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 80.)

- **Schwere Nephritis nach Einreiben eines Scabiösen mit Perubalsam** sah Privatdoc. Dr. A. Gassmann (Medizinische Klinik Basel). Der 26jährige gesunde und kräftige Mann wurde einer Krätzecur unterworfen. Da an einzelnen Parthieen starkes impetiginöses Ekzem besteht, so werden diese (etwa $\frac{1}{3}$ der Hautoberfläche) abends mit Perubalsamvaselin aa, der übrige Körper mit 30%igem Schwefelvaselin eingerieben. Die Salbe blieb über Nacht liegen und wurde am Morgen

im Bad entfernt. Diese Prozedur wurde 2 Nächte hintereinander vorgenommen, bei jeder Einreibung etwa 25 g Perubalsam verabreicht. 2 Tage nach der Kur erkrankte Pat. und es entwickelte sich eine schwere Nephritis. Ueberall wird die Unschädlichkeit des Perubalsams betont. Allerdings finden sich in der Litteratur Fälle von Nephritis nach Einreiben von Perubalsam, aber sehr spärlich; auch handelte es sich immer um leichte Erkrankungen, während im obigen Falle eine schwere Nephritis vorlag. Da das Präparat rein war, kann man nur an eine Idiosynkrasie gegenüber dem Perubalsam denken.

(Ibidem.)

Paralysen. Oculomotoriuslähmung und plötzlicher Tod

infolge von Aneurysmen der Art. carotis interna, über einen solchen Fall berichtet Dr. S. Beykovsky aus der I. Wiener Augenklinik. Dorthin kam eine etwa 40jähr. Frau, bei der sofort eine complete, isolirte, rechtsseitige Oculomotoriuslähmung auffiel; sie hatte dieselbe seit einigen Tagen, litt aber schon längere Zeit an Kopfschmerzen. Während der Untersuchung nun stürzte Pat. plötzlich bewusstlos zusammen und starb bald darauf. Bei der Section fand man nebst älteren Blutungen im rechten Schläfelappen eine etwa fingerdicke Schicht frisch geronnenen Blutes zwischen Dura und Meningen, die offenbar aus einem etwa erbsengrossen Aneurysma der Art. carotis interna dextra herrührte. Dasselbe hatte zum Theil verkalkte u. weissgelbe Wandungen, zum Theil war es durchscheinend dünn und an der unteren Fläche mit einer 2 mm im Durchmesser haltenden Lücke durchgebrochen. Mit dem Oculomotorius fest verbunden, flachte ihn dasselbe bandartig ab. Um das Aneurysma und den Nerven herum waren die Gewebe durch ältere Blutungen deutlich pigmentirt. An der gleichen Stelle, wie an der rechten inneren Carotis, fand sich auch an der linken ein etwas kleineres Aneurysma. Mit Ausnahme einer mässigen Fettdurchwachsung des Herzmuskels sonst keinerlei abnorme Verhältnisse. Autor zog bei den Hausgenossen und beim behandelnden Arzte der Verstorbenen Erkundigungen ein und erfuhr folgendes: Die Frau hat seit mehr als 2 Jahren über zeitweilig auftretende, stets an der rechten Schläfe localisirte und meist mit Erbrechen einhergehende Kopfschmerzen geklagt, war auch seit dieser Zeit sehr leicht erregbar geworden. 14 Tage vor dem Tode suchte sie ihren Arzt auf und klagte über stets zunehmende rechtsseitige Kopfschmerzen, nach 6 Tagen kam sie mit der Klage, sie könne das rechte Oberlid nicht heben, und der Arzt constatirte eine Lähmung

des M. levator palpebr. super., wieder einige Tage später trat eine Lähmung der vom Oculomotorius versorgten äusseren Augenmuskeln und 24 Stunden vor dem Tode auch der inneren Augenmuskeln des rechten Auges auf. Interessant erscheint hier zunächst der Umstand, dass, während sonst im Körper krankhafte Veränderungen des Gefässsystems nicht constatirt werden konnten, nur an den beiden inneren Carotiden, und zwar an genau correspondirenden Stellen, Aneurysmabildung auftrat. Doppelseitige Aneurysmen sind ja überhaupt selten genug. Im obigen Falle fehlten auch alle Zeichen etwaiger Atheromatose oder Syphilis. Klinisch traten Migräneanfälle in den Vordergrund. Nach durch längere Zeit bestehenden Hemicranieanfällen etablirte sich plötzlich eine Lähmung des M. levator palpebr., der in wenigen Tagen eine solche der übrigen vom Oculomotorius versorgten Muskeln folgte. Genügte das, um die stricte Diagnose eines Aneurysmas der Basilarterie zu stellen? Man vergegenwärtige sich, welche Unzahl von Krankheiten durch Oculomotoriuslähmung eingeleitet werden oder sie zur Folge haben können: Fibrome, Neurome, Aneurysmen, maligne Tumoren, Chondrome, Exostosen, Gummen, Tuberkeln, Diabetes, Masern, Scharlach, Diphtherie, Influenza, Typhus, Intoxicationen (Nicotin, Alkohol, Blei, Kohlenoxyd. Fleisch- und Wurstgift), Tabes, Bulbärparalyse, multiple Sklerose, Apoplexie, Traumen, Hysterie. Eine grosse Zahl dieser war ja von vornherein auszuschliessen, man musste vor allem an solche Fälle denken, wo auf den Oculomotorius von seinen Kernen bis zu seinen Endverzweigungen irgend ein Druck ausgeübt wird, auf den derselbe eben mit einer Muskellähmung reagirt, eine orbitale Ursache aber für sehr unwahrscheinlich halten, da Chemosis, Exophthalmus, spontane und Druckschmerzhaftigkeit, die bei orbitalen T. fasst regelmässig auftreten, fehlten. Wenn auch die Unterscheidung zwischen einer cerebralen und einer basilaren Lähmung manchmal nicht zu machen ist, wird man doch mit grösster Wahrscheinlichkeit annehmen, dass es sich bei einer totalen Oculomotoriuslähmung, die nur eine Seite betrifft, und wo andere cerebrale Symptome fehlen, um eine basilare Lähmung handeln dürfte. Ob die Ursache aber ein Fibrom, Neurom, Knochengeschwulst oder Aneurysma ist, kann man wohl nicht angeben. Im obigen Falle trat die Lähmung der inneren Augenmuskeln erst einige Tage später auf, als die der äusseren. Vielleicht kann man diesen Umstand für die Auffassung heranziehen, dass die für die inneren Augenmuskeln bestimmten Fasern des Oculomo-

toriusstammes am geschütztesten verlaufen. Das Aneurysma drückte von oben her den Nerven gegen die knöcherne Unterlage, da dürften die mittleren Fasern den geringsten Druck erfahren haben. Ueber Sehstörungen hat obige Pat. nicht geklagt. Bei einzelnen der bisher beschriebenen Fälle wurden Stauungspapille, Neuritis optica, subretinale Blutungen, Hemianopsie etc. angegeben. Es ist ja sehr leicht verständlich, dass, sobald das Aneurysma den benachbarten Sehnerv schädigt, Sehstörungen eintreten können. Noch in gerichtsärztlicher Beziehung erscheint obiger Fall interessant. Ein kleiner Anstoss genügt zur Ruptur der verdünnten Wand des Aneurysmas. Dieser Anstoss kann zufällig durch Schlag, Stoss und dergl. oder bei irgend einer ärztlichen Manipulation, z. B. elektrischer Behandlung der Augenmuskellähmung erfolgen, und der Fall hat dann ein gerichtliches Nachspiel.

(Wiener medic. Wochenschrift 1904 No. 19.)

- Ueber **Trauma als aetiologisches Moment der progressiven Paralyse der Irren** sprach E. Mendel. Der directe Nachweis, dass bei Menschen Fälle von Paralyse vorkommen, bei denen jede andere Ursache auszuschalten ist, und die lediglich durch Trauma hervorgebracht werden, ist selbstverständlich sehr schwer. In der Mehrzahl der Fälle, welche zur Begutachtung kommen, liegt die Sache so, dass die Paralyse bereits vor dem Trauma bestanden hat, nicht selten war die Verletzung die Folge der Krankheit (Schwindel, Ataxie, Paresen). Immerhin haben Köppen, Fürstner, Schüle ihre Ueberzeugung dahin ausgesprochen, dass es Fälle unzweifelhafter Paralyse giebt, welche durch Trauma hervorgerufen werden. Auch Autor hat zwei solche Fälle gesehen, bei denen alle anderen Momente, Syphilis, Alkohol u. s. w. auszuschalten sind. Bei dem einen Falle war der 42jährige Mann mit dem Pferde gestürzt, hatte eine leichte Kopfwunde auf dem linken Stirnbein sich zugezogen, welche schnell heilte, nach drei Monaten traten Anfälle nach Jackson in der rechten Körperhälfte auf, welche sich in Zwischenräumen von 14 Tagen bis 3 Wochen sechsmal wiederholten. Nach $1\frac{1}{2}$ Jahr deutliche psychische Veränderungen in Form von Demenz, dann paralytische Sprachstörung, reflectorische Pupillenstarre, charakteristischer Verlauf der dementen Form der Paralyse. Tod nach drei Jahren. Es kommt allerdings äusserst selten solch ein Fall vor, wo ein Trauma direct die Paralyse erzeugt, und man wird im concreten Falle immerhin Bedenken tragen, diesen Zusammenhang ohne weiteres anzunehmen.

Häufiger spielt das Trauma eine auxiliäre Rolle, es trifft ein bereits prädisponirtes oder vielleicht schon krankes Hirn, und wird der Agent provocateur. Capilläre Blutungen, Zerstörungen von Nervelementen können hier das anatomische Bindeglied bilden. Die durch das Trauma gesetzten Veränderungen kommen nicht zum Ausgleich, nicht zur Resorption, da das Gehirn bereits in anomalen Verhältnissen war. Immerhin wird in der Unfallpraxis von dieser Auxiliärbedeutung des Traumas ein zu ausgedehnter Gebrauch gemacht. Wenn man sieht, wie häufig Paralytiker, sei es durch Andere, sei es durch ihre eigene Unbeholfenheit Verletzungen erleiden, ohne dass irgend ein bemerkbarer Einfluss auf ihr Leiden sich kundgibt, wird man nur bei einer gewissen Erheblichkeit des Traumas demselben eine Bedeutung zumessen können. Dagegen kann ein Trauma gewisse psychische Veränderungen hervorbringen, ohne dass es zu einer Paralyse kommt. Es kann aber diese gesetzte Veränderung das prädisponirende Moment für die Entwicklung einer progressiven Paralyse in späterer Zeit werden, indem neue Schädlichkeiten hinzukommen, welche das schwache Hirn treffen. Das Trauma kann hier ähnlich wie die Syphilis eine Prädisposition schaffen. Endlich giebt es Fälle, in welchen ein Unfall, welcher gar nicht den Kopf trifft, ein langes schmerzhaftes Krankenlager mit schlaflosen Nächten u. s. w. hervorruft. Sorge um die Zukunft, schwere deprimirende Affecte, zusammen mit dem Darniederliegen der körperlichen Functionen, können hier bei vorhandener Prädisposition zur Entwicklung einer Paralyse führen.

(Berliner Gesellschaft f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten, 9. Mai 1904. — Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 30.)

Pemphigus. Ueber die **Behandlung** des **P. neonatorum**

lässt sich Dr. L. Ballin (Kindersyl der Stadt Berlin) aus. Zunächst hebt er die enorme Contagiosität des Leidens hervor, gegen welche die schärfsten Maassnahmen angebracht sind. Nicht nur durch unmittelbaren Contact, sondern auch durch mittelbare Uebertragung kann eine Verschleppung erfolgen, noch Wochen nach der Berührung eines kranken Säuglings kann trotz gründlicher Desinfection der P. durch Hebeammen u. s. w. auf andere Neugeborene übertragen werden. Ueber die Disposition zur Erkrankung kann Autor nach seinen Erfahrungen Folgendes sagen: Neugeborene sind besonders befähigt, diese Affection zu erwerben. Aber schon bei gesunden Kindern jenseits des

zweiten oder dritten Monats nimmt die Disposition ab. Kommt es aber doch mal zu einer Infection, so nimmt sie nur geringe Ausdehnung an. Auf Erwachsene kann Uebertragung stattfinden, doch bedarf es dazu sehr intimer Berührung, mittelbar findet da sicher keine Infection statt. So sah Autor bei einer Amme, die ein mit P. behaftetes Kind anlegte, eine Eruption an der Brust auftreten; ein ohne Stethoskop auscultirender Arzt inficirte sich an der Wange. Die Widerstandsfähigkeit älterer Säuglinge ist herabsetzbar durch accidentelle Einflüsse, und zwar allgemeine Schwäche und Hinfälligkeit und Maceration der Haut durch Intertrigo und Aehnliches. Besonders begünstigt wird die Infection durch Umschläge; einige der schwersten Fälle sah Autor bei Kindern, die durch Senfpackungen im Verlaufe einer capillären Bronchitis eine leichte Hautreizung hatten. Eine besonders gesteigerte Disposition entsteht natürlich, wenn Hauterkrankung und allgemeine Schwäche sich vereinigen. Also *strenge Isolation der erkrankten Kinder, auch eigenes Pflegepersonal!* Ist dies absolut unmöglich, dann darf man solche Kranke nur zu über 6 Monate alten, kräftigen und vor allem hautgesunden Kindern legen. Besonders wichtig ist ferner der Abschluss der Blase durch eine Behandlungsmethode, die, nach Art eines Occlusivverbandes, das Verschmieren der Secrete verhindert und so auch der Autoinoculation entgegenarbeitet. Bei der Behandlung sind zu trennen die noch wenig ausgebreitete, nur aus einer oder vereinzelter Blasen bestehende Form von der schon grössere Hautstrecken einnehmenden. Bei der ersteren leistete die besten Dienste *Ichthargan*, das sich übrigens auch sonst oft als sehr nützlich erwies. So leistete 5 und 10%ige Salbe Vorzügliches bei Behandlung torpider Wundflächen, sowie bei Behandlung der bei Säuglingen so häufigen Rhagaden der Ohrläppchen und des Ohrekzems, das unter einem 5%igen Ichthargansalbenverband stets prompt abheilte. Als Lösung wurde das Mittel bei langwierigen Rhinitiden mit gutem Erfolge als Spray benützt. Beim P. ordinarie Autor:

Rp. Ichthargan. 5,0

Tragacanth. 1,5

Aq. dest. ad 50,0

Nach Abtragung der Blase wurde diese Mixtur auf die Wundfläche aufgestrichen, eine dünne Schicht Watte daraufgedrückt und noch einmal die Lösung daraufgestrichen. Unter dieser ziemlich festhaftenden Decke heilte die Stelle ab; nur selten war eine zweite Beklebung erforderlich.

Die Hülle blieb so lange liegen, bis sie von selbst abfiel. d. h. nach 4—5 Tagen, nachdem Heilung eingetreten war. Bei der ausgebreiteten Form und bei P. auf der behaarten Kopfhaut versagte diese Methode. Als hervorragendes Heilmittel erwies sich hier die v. Bardeleben'sche *Wismuthbrandbinde*, die zunächst eine bedeutende Linderung der Schmerzen und dann rasche Heilung bewirkte. Um eine Beschmutzung des Verbandes, der mehrere Tage liegen bleiben soll, zu verhindern, wurde der Bendix-Finkelstein'sche Apparat für Stoffwechseluntersuchungen mit bestem Erfolge benützt, in dem die Kinder bequem liegen; dieser einfach zu handhabende Apparat kann als Unterstützungsmittel in der Wundbehandlung der Säuglinge durchaus empfohlen werden. In drei Fällen wurde so keine vollständige Heilung erzielt, sondern erst unter Salbenverbänden mit *Ung. sulfurat. rubr.*, die sich auch bei P. der Kopfhaut bewährten. In einzelnen Fällen von ausgebreitetem P. waren auch Umschläge mit essigsaurer Thonerde von Nutzen. In der Nachbehandlung leisteten Eichenrindenbäder Gutes. (Die Therapie der Gegenwart, Juli 1904.)

- **P. des Oesophagus** beobachtete Dr. R. Tamerl (Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis in Innsbruck) bei einem 71jähr. Manne, der seit einigen Jahren schon mit P. der Haut behaftet war. Es zeigten sich dann Pemphigusblasen im Munde, und sodann Erscheinungen einer Oesophagusstrictur, die, wie die Oesophagoskopie diagnosticiren liess, ebenfalls auf P. beruhten. Man sah da einen frisch rothen, blutenden, von zipfelartig abgehobenem Epithel umsäumten Schleimhautbezirk nahe unter dem Larynx und einen zweiten ähnlichen, fast circulären Epitheldefect am Hiatus. Wahrscheinlich hatten dem Mageneingang nahe sitzende Pemphigusblasen des Oesophagus zu einer theilweisen Verklebung der Speiseröhrenwand und so zur Beeinträchtigung des Schlingaktes geführt.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904 No. 29.)

Pruritus. In einem hartnäckigen Falle von **P. senilis**, der Jahre lang bestand und anderen Mitteln trotzte, hat Dr. J. Jacobson folgende Salbe mit eclatantem Erfolge angewandt:

Rp. Euguform. 5,0—10,0
Fetron. puriss. 95,0—90,0.

Das Jucken hörte mit einem Schlage auf, die Kratzeffekte heilten schnell ab.

(Therap. Monatshefte, Juli 1904.)

- Die **Säurebehandlung** des P. nach Leo hat Chefarzt Dr. F. Köhler (Heilstätte Holsterhausen bei Werden a. Ruhr) in einem Falle mit eclatantem Erfolge durchgeführt. Bekanntlich spielt die Alkalescentz des Blutes beim P. manchmal eine wichtige aetiologische Rolle, weshalb Leo die Behandlung mit anorganischen Säuren empfahl. Pat., ein leichter Phthisiker, wurde Tag und Nacht von dem Jucken geplagt. Er bekam 2stündlich esslöffelweise Acid. sulfuric. 3:200. Am 5. Tage war der Juckreiz verschwunden und trat auch nicht mehr auf. Es handelt sich sicherlich nicht um ein unfehlbares Mittel, und muss vor Ueberschätzung desselben gewarnt werden. Immerhin ermuntern die bisherigen Erfolge durchaus zu weiterer Nachprüfung der Methode.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 16.)

Rheumatismen. Ueber die **Wirkung des Natr. salicyl.**

auf den Harnapparat hat Dr. E. Knecht (Stadtkrankenhaus Johannstadt in Dresden) Versuche angestellt. Nach Lüthje (Greifswald) soll nach Gebrauch von Salicyl in den für den Menschen üblichen Dosen regelmässig eine nicht unerhebliche Reizung der gesamten Harnwege, speciell der Nieren eintreten; in keinem der von ihm untersuchten 33 Fälle, in denen Salicylpräparate verabreicht wurden, fehlten im Harn pathologische Bestandtheile, sehr häufig war Eiweiss vorhanden, fast constant grössere Mengen von Epithelien aus allen Abschnitten des Harnapparates, sehr häufig weisse oder rothe Blutkörperchen, constant Cylinder verschiedener Art. Knecht kam bei seinen eigenen Untersuchungen zu ganz anderen Resultaten. Von 40 Fällen, die Natr. salicyl. erhielten, liessen sich nur bei 7 geringfügige Reizungserscheinungen des Harnapparates nachweisen, die sich kundgaben durch das Auftreten einzelner Cylinder (nur 2 mal bei 1 Person zahlreicher), während sich nur 3 mal Eiweiss Spuren fanden. Ob diese Abweichungen von den Greifswalder Beobachtungen von der verschiedenen Ernährungsweise der Bevölkerung oder von klimatischen Verhältnissen abhängen, wagt Autor nicht zu entscheiden. Ob Alkoholmissbrauch die Nieren für die Salicylwirkung empfänglicher macht, lässt er dahingestellt. Von den Potatoren wurden bei 3 Cylinder gefunden, bei 4 nicht.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 22.)

- Die Vorsichtsmaassregeln zur **Vermeidung von Hauteizungen bei Anwendung des Mesotans** fasst Dr. J. Ruhemann (Berlin) wie folgt zusammen: Man pinsele das Mittel nur

auf, und zwar nie rein, sondern \overline{aa} mit Ol. Olivar., dem einige Tropfen Lavendelöl zugesetzt sind; man wechsle die Applikationsstelle (da es ja gleichgültig ist, von welcher Stelle aus die Aufnahme der Salicylsäure stattfindet); man bedecke die Stelle nachher nicht mit erhaltenden und impermeablen Stoffen, wie Guttapercha, Watte, sondern mit Leinwand; man pinsele nie Stellen ein, die sich bereits durch andere Einreibungen in einem gewissen Reizzustande befinden oder schwitzen; da in Berührung mit Wasser Zersetzungen des Mesotans eintreten, so darf man letzteres nur auf trockene Stellen auftragen, der Apotheker muss das Gemisch in trockenen Gefässen verabfolgen und bei der Application sind ebenfalls feuchte Gefässe zu vermeiden. Unter Beachtung dieser Cautelen wird man bei der Anwendung des Mesotans durchweg günstige Erfolge erzielen, besonders wenn man zugleich intern mässige Dosen von Aspirin verabfolgt oder bei langwierigen Fällen subcutan jodsaures Natrium (0,05—0,1) injicirt.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 25.)

- **Kurze therapeutische Mittheilungen über Erfolge mit Rheumasan und Ester-Dermasan** macht Dr. Fränkel. Diese beiden Salbencompositionen, die 10% freie Salicylsäure enthalten, haben sich auch anderen schon sowohl bei acuten, wie besonders bei chronischen rheumatischen Schmerzen sehr gut bewährt. Auch bei Fränkel's Versuchen ging die Linderung der Schmerzen besonders in chronischen Fällen überraschend schnell vor sich, nicht nur bei Muskelrheumatismus, Lumbago, sondern auch bei *Ischias*, zum Theil mit recht hartnäckigem Verlauf. Schon nach 3—4maligem Einreiben am 1. Tage Abschwächung der heftigsten Beschwerden, die in 5—6 Tagen völlig geschwunden waren. Zwecks Erhöhung der Resorptionsfähigkeit empfiehlt es sich, die Haut mit Aether oder Spiritus vorher abzureiben. In zwei sehr schweren Fällen von *Ischias*, in denen Autor nach vergeblichen Versuchen mit galvanischem Strom, Schwitzbädern etc. zum Rheumasan griff, erzielte er nach Verbrauch von täglich 5 g in sechs Tagen schon recht erfreuliche Resultate. — Die tiefere und anhaltendere Wirkung des Ester-Dermasan veranlasste Autor, das Mittel auch in der dermatologischen Praxis, und zwar bei mehreren veralteten *Psoriasis*-fällen zu versuchen. Ueberraschend günstiger Erfolg, sodass es sich empfiehlt, gerade in solchen chronischen Fällen nach diesem Mittel zu greifen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 28.)

— Seine **Ergebnisse der Serumbehandlung des acuten und chronischen Gelenkrheumatismus** giebt Stabsarzt Dr. Menzer (Halle a. S.) bekannt. Bekanntlich empfahl derselbe 1902 diese Methode und stützte sich auf seine günstigen Resultate, konnte aber damals natürlich noch nicht folgende Fragen beantworten:

1. Schützt diese Behandlungsweise die Rheumatiker auf längere Zeit vor neuen Erkrankungen?
2. Wie verhält sich das Zurückbleiben von Herzklappenfehlern?

Jetzt hat Autor diese damals auf der III. medicin. Klinik der Charité behandelten Pat. zum grössten Theil nachuntersucht und längere Zeit beobachtet und stellt nunmehr die Ergebnisse der Behandlung und Nachbehandlung in Tabellen zusammen. Von 47 Pat. mit acutem Gelenkrheumatismus wurden völlig geheilt 43, nahezu 1 Fall. Noch besser waren die Resultate bei den aus acutem Gelenkrheumatismus hervorgegangenen chronischen Rh. Von neun Fällen, die durchschnittlich fünf Monate lang, mit verschiedenen Mitteln behandelt, bestanden, wurden in durchschnittlich 58 Tagen sieben geheilt und zwei bis zur Arbeitsfähigkeit erheblich gebessert. Auch von zwei weiteren Fällen mit vorwiegend polyneuritischen Symptomen konnten einer geheilt und einer erheblich gebessert werden. Nicht ganz so günstig verhielten sich die Fälle von primärem chron. Rheumatismus. 11 Fälle, durchschnittlich $2\frac{1}{2}$ Jahre dauernd und mit allerlei Maassnahmen vorher behandelt. Von diesen konnten noch durchschnittlich in 113 Tagen fünf geheilt, zwei erheblich gebessert, vier theilweise gebessert werden. Dann waren noch zwei Fälle von chron. Chorea, welche eine 35jährige Frau und ein 12jähriges Mädchen betroffen und etwa $2\frac{1}{2}$ Monate bestanden hatten. Da die Erkrankung sich in beiden Fällen an Gelenkrheumatismus angeschlossen hatte, so wurde die Serumbehandlung unter anfänglicher sehr vorsichtiger Dosirung ($\frac{1}{2}$ —1 cm) eingeleitet. Die choreatischen Bewegungen nahmen anfangs an Heftigkeit zu, um dann bald nachzulassen. Die Pat. waren in zwei Monaten geheilt, die Heilung war von Dauer. Auch bei den übrigen Fällen waren die Dauererfolge recht günstige. Was die Frage der Endocarditis anbelangt, so ist eine Verhütung derselben nicht möglich, sondern die Frage muss lauten: Bei welcher Behandlung heilt die Endocarditis am besten? Und da zeigt es sich, dass die Serumtherapie recht Befriedigendes leistet. Leider sind bei dieser Methode gewisse Contraindicationen vor-

handen, da das Serum chronisch entzündliche Herde zur acuten Entzündung bringt und durch Erzeugung fieberhafter Reactionen eine gewisse Kraftleistung des Organismus erfordert. So kann das Serum bei Pericarditis und Pleuritis mit grösserem Exsudat durch Vermehrung der Entzündungserscheinungen und event. der Exsudation gefährliche Erscheinungen hervorrufen, desgleichen würde bei stärkerer Stenosirung eines Herzostiums durch chron. Endocarditis eine Zunahme der entzündlichen Schwellung an den Klappen zu den bedenklichsten Zuständen führen können. Auch elende Kranke dürfen dieser eingreifenden Behandlung nicht unterzogen werden, ebenso wenig Arteriosklerotiker und Greise. In Bezug auf Endocarditis nimmt Autor folgende Stellung ein: die Endocarditis beim acuten Gelenkrheumatismus bietet unter dem Einfluss der Serumbehandlung keine grösseren Gefahren, als bei anderen Behandlungsmethoden. Das Gleiche gilt von der Endocarditis in chron. Fällen, nur muss hier die Dosirung des Serums eine recht vorsichtige sein. Eine absolute Contraindication bieten chron. Endocarditiden mit stärkerer Stenosirung der Herzostien. Pericarditis und Pleuritis mit stärkerer Exsudatbildung contraindiciren auf der Höhe des Reizzustandes die Anwendung des Serums, lassen dieselbe jedoch späterhin unter anfänglich sehr vorsichtiger Dosirung zu. Dem Anfänger ist die Behandlung solcher Fälle zu widerrathen. Beim acuten Gelenkrheumatismus spritzt man das Streptokokkenserum in Einzeldosen von 5 ccm ein, chron. Fälle behandeln man etappenweise: zunächst spritze man in zwei- bis dreitägigen Intervallen je 5 ccm ein, mache nach 30 ccm eine ein- bis mehrwöchentliche Pause und fahre dann fort. Bei Fällen, wo Vorsicht geboten, injicire man nur $\frac{1}{2}$ —1—2 ccm. Nebenbei wendet Autor in chron. Fällen Bäder, Massage u. s. w. an. Von inneren Mitteln giebt er zur Hebung der Herzthätigkeit zuweilen Coffein, wohl auch Campher, zur Schmerzlinderung Narcotica; bei hohem Fieber thun Darmeingiessungen ($\frac{1}{2}$ —1 L.) event. mehrmals am Tage gute Dienste. Autor kommt zu folgenden Schlussätzen:

Die Streptokokkenserumbehandlung ist den bisherigen Behandlungsmethoden überlegen

1. dadurch, dass sie auch chronisch gewordene Erkrankungen noch zu heilen bzw. zu bessern vermag;
2. dass sie die Heilungsbedingungen des acuten Gelenkrheumatismus im Allgemeinen günstiger gestaltet und

- vor allem wesentlich günstigere Chancen für die Heilung der Endocarditis herbeizuführen scheint;
3. dass sie besser vor Rückfällen zu bewahren scheint und selbst bei veralteten Fällen auf längere Zeit hin Heilung bezw. erhebliche Besserung herbeizuführen vermocht hat.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 33.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Schwan-

gerschaftspsychose, Abortus provocatus, Genesung, so lautet die Ueberschrift eines Artikels von Prof. H. Treub (Amsterdam). Frau, die schon drei Kinder normal zur Welt gebracht, hereditär nicht belastet, wieder im dritten Monat gravid. Durch Lectüre aufgeregt, bildet sie sich ein, sie werde ein Monstrum zur Welt bringen, versucht Selbstmord, isst nicht („denn dadurch würde das Monstrum wachsen“), kann nicht schlafen (weil sie das Monstrum schreien hört), ist vollständig stumpf. Obwohl die Psychiater wenig Gutes erwarten vom Abortus zur Hebung von Schwangerschaftspsychosen, beschliesst Autor doch, solchen einzuleiten, zeigt aber vorher die Pat. noch einem Psychiater. Dieser diagnosticirt anfangende acute Verwirrtheit, die nach 7—8 Monaten weichen werde; da die Psychose hier so deutlich mit der Schwangerschaft in Verbindung stehe, sei der Versuch, sie durch Abortus zu heben, gerechtfertigt. Der Abort gelingt leicht. Sofort ist Pat. umgewandelt und wird nach 14 Tagen, ganz hergestellt, entlassen.

(Centralblatt f. Gynaekologie 1904 No. 23.)

- Einen Fall von abnorm langer Retention des am normalen Schwangerschaftsende abgestorbenen Foetus beobachtete Dr. Goldenstein (Jassy). Die 40jährige Pat., zu der er geholt wurde, hat acht normale Geburten durchgemacht. Auch die jetzige Schwangerschaft war normal, Pat. verspürte bis vor ca. 3 Monaten Kindesbewegungen, d. h. bis zu dem Tage, an welchem sie heftigere Wehen hatte; letztere sistirten aber nach Verlauf von wenigen Stunden vollständig, und von dieser Zeit an wurden auch die Kindesbewegungen nicht mehr wahrgenommen. Während der ganzen Zeit keinerlei Ausfluss aus der Scheide. Pat. blieb deshalb völlig arbeitsfähig, holte nur den Arzt, um von der Ungewissheit über ihren Zustand befreit zu werden, kein Fieber, keine Schmerzen. Aeussere Untersuchung ergibt einen dem normalen Schwangerschaftsende entsprechend grossen Uterus, die Kindestheile deutlich pal-

pirbar. Cervix bildet einen ca. $\frac{1}{2}$ cm dicken Saum, sehr weich, Muttermund für zwei Finger durchgängig. Steisslage. Autor beschliesst bei dieser Sachlage sofortige Entbindung. Nach Sprengen der Blase entleert sich ein geringes Quantum brauner, übelriechender Flüssigkeit. Autor holte den rechten Fuss herab und extrahierte sehr vorsichtig wegen der Maceration und Brüchigkeit der Frucht. Extraction gelang ohne Narkose und unter absoluter Wehenlosigkeit. Frucht hochgradig macerirt, 51 cm lang. Die Placenta, ein nekrotischer, flacher Klumpen, fiel förmlich hinaus nach Anwendung des Credé'schen Handgriffes. Keine Spur von Blutung. Ausspülung des Uterus mit Sublimat; normales Puerperium. — Diesen Fall macht besonders bemerkenswerth

1. der Umstand, dass eine ausgetragene Frucht im Uterus zurückbehalten wurde;
2. das Wohlbefinden der Frau während der Zeit der Retention der Frucht;
3. die Entfernung der Frucht unter absoluter Wehenlosigkeit;
4. das Fehlen jeder Blutung in der Nachgeburtsperiode, das Abgehen der trockenen Placenta.

(Centralblatt f. Gynaekologie 1904 No. 26.)

— **Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken mittels der Bougiemethode** empfiehlt warm Dr. Jacoby auf Grund der Erfahrungen, die im Wöchnerinnen-Asyl zu Mannheim gemacht wurden, wo dies Verfahren seit einer Reihe von Jahren ausschliesslich zur Anwendung gelangt. Die Frauen werden dort zur Einführung der Bougies nicht anders vorbereitet, als zu jeder anderen Geburt. Sie erhalten ein Vollbad, bei dem die äusseren Genitalien sorgfältig abgeseift werden (keine Desinfection der Scheide!). Als Instrumentarium dienen 1—2 Kugelzangen und eine rothe amerikanische Bougie von 8—10 mm Durchmesser, innen hohl und mit Mandrin versehen, am Ende mit Seidenfaden armirt (vertragen 3—4 maliges Auskochen sehr gut, besonders wenn man dem Wasser kein Soda zusetzt). Die Vaginalportion wird mit den Kugelzangen angehakt und die Bougie unter Leitung des Fingers durch den inneren Muttermund in die Uterushöhle hineingeschoben, dabei der Mandrin nach und nach aus dem Inneren der Bougie herausgezogen. Dabei wird fast immer eine Verletzung der Blase vermieden, die Bougie schmiegt sich zwischen Blase und Uterus ein und gleitet bei Erst-

wie Mehrgebärenden, ohne Widerstand zu finden, an der Uteruswand entlang, wird über den inneren Muttermund in die Uterushöhle hineingeschoben, sodass nur der am äusseren Ende befindliche Seidenfaden eine Communication mit der Aussenwelt unterhält. Aber die Bougie wird meist spontan geboren, sodass ein Zug von aussen unnöthig ist. Die ganze Procedur wird in Rückenlage der Frau vorgenommen. In der Regel treten sehr bald schwache Wehen ein, die allmählich kräftiger werden. Autor verfügt über ein Material von 230 Fällen; dabei nie ein Versagen. Wenn andere mit dieser Methode schlechtere Resultate hatten, so wird dieselbe wohl nicht richtig angewandt worden sein. Auch der Vorwurf, dass ein vorzeitiger Blasensprung herbeigeführt wird, ist unberechtigt. Nur in 8 Fällen kam es unmittelbar nach Einführung der Bougie zum vorzeitigen Abfluss des Fruchtwassers. Durchschnittsdauer der Lage der Bougie in utero ca. 24 Stunden, Durchschnittsdauer der Geburt von der Einführung der Bougie bis zur Beendigung 31 Stunden. In 117 Fällen gab ausschliesslich das enge Becken die Indication ab. In mehr als der Hälfte der Fälle führte die Einführung der Bougie zur spontanen Ausstossung des Kindes. Hierin liegt der Hauptvorteil der Methode, und hierin kommt sie dem Endziel der künstlichen Frühgeburt am nächsten. Wo operativ eingegriffen werden musste, lag es meist an der pathologischen Lage der Frucht, theils an dem Missverhältniss zwischen Becken und Kind, das trotz kräftiger Wehen einen Fortgang der Geburt verhinderte. Als untere Grenze der Beckenverengerung, bis zu welcher die künstliche Frühgeburt als zulässig erachtet wurde, ergab sich eine Conj. vera von 7 cm. Meist geschah die Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 36. bis 38. Woche. Morbidität der Mutter ca. 5%. Die Sterblichkeit der Kinder steht in directem Zusammenhang mit dem Grade der Beckenverengerung. Unter 44 Geburten mit einem Becken von einer Conj. vera bis zu 8½ cm wurden 22 Kinder lebend, 22 todt geboren und 17 lebend entlassen. Bei 34 Geburten bei einem Becken mit Conj. vera über 8½ cm wurden sämmtliche Kinder lebend geboren und 32 lebend entlassen. Im Ganzen kamen 65% aller geborenen Kinder lebend zur Entlassung. Es erhellt daraus, dass die Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken sowohl für die Mutter wie für das Kind nicht nur berechtigt, sondern stets am Platze erscheint. Es wird durch dieselbe und vornehmlich infolge der Bougie-

methode die Mutter, insbesondere durch den Wegfall von operativen Maassnahmen, von Gefahren bewahrt. Nicht minder gute Erfolge da, wo im Interesse der Mutter wegen Erkrankungen derselben (Herzfehler, Phthise, Hyperemesis) die Schwangerschaft unterbrochen wurde. Es wurde mit der Anwendung der Bougies bis zu einer Gravidität von $3\frac{1}{2}$ Monaten herabgegangen. Jenseits dieses Termins tritt an Stelle der Bougies die Dilatation mit Hegar'schen Dilatatorien und daran angeschlossener manueller, resp. instrumenteller Ausräumung der Frucht. Kein Todesfall. Autor kommt zu dem Schlusse, dass die Bougiemethode aus folgenden Gründen zu empfehlen ist:

1. Wegen ihrer Einfachheit.
2. Wegen der geringen Anforderungen, die sie an die Asepsis stellt.
3. Wegen ihrer nie versagenden Wirkung.
4. Aus socialen Gründen, weil sie es den Frauen ermöglicht, in ihrem eigenen Haushalt den Eingriff an sich vollziehen zu lassen und ihre Niederkunft abzuwarten.
5. Ist sie wegen dieser Vorzüge geeignet, in weitere ärztliche Kreise zu dringen, während Metreuryse und Kaiserschnitt immer Domaine der Anstalten bleiben wird.

(Wiener klin.-therap. Wochenschrift 1904 No. 28.)

Sepsis, Pyaemie. Ueber **Pyaemie mit chronischem Ver-**

lauf lässt sich Prof. Jordan (Heidelberg) aus und bringt in folgender Beobachtung das Beispiel einer bisher noch nicht beschriebenen Form von wirklich chronisch verlaufener, metastasirender Allgemeininfektion. Im Anschluss an einen Furunkel des Nackens entwickelten sich bei einem 20jährigen Manne unter schweren typhösen Allgemeinerscheinungen multiple Abscesse in der Nierenrinde rechts mit consecutivem paranephritischem Abscess. Der Eiter enthielt den Staphylococcus albus in Reincultur. Die Behandlung war zunächst eine conservative, beschränkte sich auf eine Spaltung der Eiterherde. Da indessen immer wieder neue Verschlimmerungen auftraten, musste 7 Monate nach Beginn des Leidens zur Nephrektomie geschritten werden, die innerhalb 2 Monate zu vollständiger Heilung führte. $3\frac{1}{2}$ Monate nach der Heilung kam es bei ungestörtem Allgemeinbefinden zu einer Abscessbildung am rechten Fusse, 4 Wochen später zu einem subcutanen Abscess im oberen Drittel des linken Unterschenkels, nach weiteren 2 Monaten zu einer serösen Phlegmone am rechten

Unterschenkel. Die Abscesse enthielten den *Staphylococcus albus* in Reincultur. Nach abermaliger, über 3 Monate betragender Pause, während welcher Pat. sich vorzüglichem Befindens erfreute, entwickelte sich ohne Temperatursteigerung schleichend innerhalb einiger Wochen eine Osteomyelitis des 5. Brustwirbelbogens mit eitriger Infiltration der Dura mater, subduralem Abscess und Compressionslähmung der Beine, der Blase, des Mastdarmes. Der durch Laminektomie eröffnete Duralabscess enthielt den *Staphylococcus albus* in Reinzucht. 4 Wochen nach der Operation, die auf die Lähmung keinen Einfluss übte, kam es endlich noch zu einer serofibrinösen Gonitis. Es handelte sich in dem beschriebenen Falle um eine über einen Zeitraum von fast 2 Jahren sich hinziehende Pyaemie, als deren Erreger der *Staphylococcus albus* in sämtlichen Krankheitsproducten nachgewiesen werden konnte. Der Schüttelfrost und das hohe Fieber stellen kein Characteristicum der Pyaemie dar, entscheidend für den Begriff ist vielmehr allein die Metastasenbildung. Wie die Osteomyelitis, das Erysipel und die Phlegmone, so zeigt auch die Pyaemie Variationen im zeitlichen Ablauf, sowie in dem Auftreten in verschiedenen Graden der Entzündung. Es geht ein einheitlicher Zug durch die pyogenen Infectionen, die alle durch die gleichen pyogenen Bakterien hervorgerufen werden.

(83. Congress der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. — Beilage zum Centralblatt f. Chirurgie 1904 No. 27.)

- **Ein Fall von schwerer allgemeiner Sepsis mit Antistreptokokkenserum geheilt**, von Dr. M. Fränkel (Berlin). 6jähriges Kind mit einer Sepsis, die von einer kleinen Wunde am Knie ausging. Sehr schwere Erscheinungen, die sich trotz aller therapeutischen Maassnahmen stetig verschlimmerten. Erst am fünften Tage, als der Zustand so ernst war, dass das Kind einen moribunden Eindruck machte, wurde Aronson'sches Serum injicirt, das sehr bald seinen günstigen Einfluss documentirte und zur Rettung des Kindes führte.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 33.)

- **Ueber einen Fall puerperaler Infection, geheilt unter Anwendung des Aronson'schen Antistreptokokkenserums** berichtet Dr. F. Opfer (Berlin). Trotzdem auch hier das Serum erst am dritten Tage angewandt wurde, zeigte es deutlich seine specifische Wirkung.

(Ibidem.)

Tuberculose. Ueber Anwendung von **Maretin** in der III. medicin. Universitätsklinik in Berlin macht J. Barjansky Mittheilung. Maretin nennt die das Präparat herstellende Firma (Bayer & Co., Elberfeld) ein „entgiftetes Antifebrin“ und empfiehlt es als wirksames antithermisches Mittel, namentlich gegen das Fieber der Phthisiker. Es ist ein methyliertes Acetanilid, indem die Acetylgruppe durch die Gruppe $\text{NH} \cdot \text{NH} \cdot \text{CONH}_2$ ersetzt ist: in dieser letzteren Gruppe befindet sich der Harnstoffcomplex in so fester Bindung, dass eine Anilinabspaltung nicht stattfindet. Maretin wurde bei 10 Phthisikern angewendet, und gelangt Autor aus seinen Beobachtungen zu folgenden Schlüssen:

1. Maretin gehört zu derjenigen Gruppe antipyretischer Mittel, von denen man sagen kann, dass sie mit Sicherheit die Temperatur herabsetzen. Der Temperaturabfall vollzieht sich langsam, und es zeichnet sich gerade durch diese Eigenschaft das Maretin vor dem wesentlich schroffer wirkenden Pyramidon vorthellhaft aus. Dieser therapeutische Effect, die Temperaturherabsetzung, tritt innerhalb 3—5 Stunden, also verhältnissmässig langsam, ein, zieht sich dafür recht lange hinaus, sodass die Wirkung einer Einzelgabe 9, selbst bis 15 Stunden andauert.
2. Als zweckmässige Einzelgaben bewährten sich bei uns Dosen von 0,25, von denen je 1 Pulver Vormittags und Nachmittags kurz vor dem zu erwartenden Anstieg der Temperatur gegeben wird. Da das Maretin so gut als unlöslich in Wasser, wenigstens im praktischen Sinne ist, so empfiehlt sich die Darreichung desselben in Pulverform unter Nachtrinken von etwas Wasser.
3. Das Maretin übt keinen Einfluss auf den Blutkreislauf aus, da die Pulsfrequenz gleichzeitig mit der Temperatur heruntergeht.
4. Respirations-, Digestions- und Harnapparat zeigen keine Veränderungen.
5. Erhebliche schädliche Nebenwirkungen (Cyanose, Arzneiexantheme etc.) wurden nicht beobachtet, und nur in einem Falle wurden bald vorübergehende Collapserscheinungen gesehen.
6. Cumulative Wirkungen hat es nicht, und darum kann es täglich angewendet werden.
7. Wegen seiner Billigkeit (1 g kostet etwa 25 Pfg. gegen Pyramidon = 40 Pfg.) kann es auch zu längerem Gebrauche empfohlen werden.

Bisweilen treten, wie bei allen antipyretischen Mitteln, die sich als wirksam erwiesen und insbesondere bei Tuberculösen, im Gefolge des Temperaturabfalles mehr oder weniger starke Schweissbildungen auf. Es wäre daher kein aussichtsloses Vorgehen, die letzteren auszuschalten, indem man das Marenin mit einem brauchbaren Antihydroticum combinirt. Wenn auch unsere diesbezüglichen Versuche in Combinationen mit Agaricin zu durchaus guten Erfolgen führten, so sind dieselben doch immerhin nicht zahlreich genug, um die Empfehlung solcher Combination rechtfertigen zu können.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 23.)

- **Versuche über die therapeutische Verwendung der Quillajarinde** machte Dr. Zickgraf (Knappschaftsheilstätte Sulzhayn a. Harz). Schon Kobert hat wiederholt behufs Expectorationsunterstützung *Gurgelungen mit Quillajarinde* empfohlen, doch scheint diese Empfehlung nicht allgemeine Beachtung gefunden zu haben, obwohl die unangenehmen Nebenwirkungen bei innerlicher Anwendung der Präparate zum Theil doch recht erhebliche sind. Insbesondere bei Phthisikern, die häufig auf zu verschluckende Expectorantien mit Appetitlosigkeit, Erbrechen u. s. w. reagiren, ist der Versuch, statt dessen gurgeln zu lassen, von grossem Werth. Autor behandelte 50 Pat. mit Quillajarinde; 28 davon gurgelten, die übrigen nahmen Tinct. Quillajae. Meist handelte es sich um Initialphthisen, complicirt durch leichteres Emphysem. Die Gurgelungen wurden mit einem Decoct (1:10) 4 mal täglich gemacht, morgens nach dem Aufstehen, 1 Stunde vor dem Mittagessen, Vespren und vor dem Zubettgehen. Besonders auf die erste und letzte Gurgelung wurde besonderes Gewicht gelegt, da gerade bei Emphysematikern der morgen- und abendliche trockene Husten am meisten quälend wirkt. Die Wirkung des Gurgelns ist nur zu erklären, dass im Rachen die Schleimhaut darauf mit Schleimabsonderung reagirt und dieser Reiz in Larynx und Bronchien reflectorisch fortgeleitet wird. In der That war meist sehr bald Vermehrung und Verflüssigung des Auswurfs zu constatiren, schon nach 2 Tagen in der Regel die doppelte Menge von Sputum, oft noch mehr, vorhanden, die sich dann während des weiteren Gurgelns gleich blieb. Meist war auch nach kurzer Zeit ein länger andauerndes Freisein von Beschwerden erreicht. Es schien, als hätten die Schleimhäute der oberen Athmungswege durch die zeitweilig angewendete Gurgelung

wieder die Fähigkeit gewonnen, reichlicher abzusondern. Einstimmig wurde von den Pat. das erleichterte Aushusten und die sofortige Wirkung der Gurgelung Morgens hervorgehoben. Das lästige Kratzen und der krampfhaft, bellende Husten hörten nach der Gurgelung sofort auf, der Schleim löste sich, die Expectoration ging leicht von statten. Es scheint in dieser Hinsicht, besonders bei Emphysematikern, die Gurgelung mit Quillajadecoct demnach empfehlenswerth zu sein. Unangenehme Nebenerscheinungen fehlten so gut wie ganz; nur 2mal trat Brechreiz ein, weil nach dem Essen gegurgelt wurde. Die Quillajatinctur äusserte ebenfalls expectorirende Wirkung, allerdings keine kräftige.

(Die Medic. Woche 1904 No. 27.)

- Ueber **Larynxtuberculose und künstliche Unterbrechung der Gravidität** lässt sich Dr. R. Sokolowsky (Prof. Gerber's Klinik in Königsberg i. Pr.) aus und führt zwei eigene Beobachtungen an. In beiden Fällen gelang es auch durch die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft nicht, das Fortschreiten der Erkrankung aufzuhalten. Beide Frauen gingen innerhalb vier Wochen nach der Geburt zu Grunde, den operativen Eingriff hatten beide Pat. vorzüglich überstanden, die subjectiven Beschwerden waren bald nach der Entbindung eher etwas geringer geworden, objectiv war wenigstens eine Verschlimmerung des Zustandes nicht nachzuweisen, und trotzdem erlagen beide Frauen so rapide ihrer Krankheit. Diese Misserfolge kommen sicherlich in erster Reihe davon, dass hier der operative Eingriff zu spät ausgeführt wurde, dass nicht der künstliche Abort, sondern nur noch die künstliche Frühgeburt eingeleitet werden konnte. Die erste Pat. kam zu spät in Behandlung, die zweite Pat. machte zu spät die Angabe von ihrer Gravidität. Dieser Fall lehrt, dass man *bei jedem mit Kehlkopftuberculose behafteten Individuum eo ipso sofort auf Gravidität fahnden soll*, um ja nicht den richtigen Moment zur Einleitung des künstlichen Aborts zu versäumen. Besser freilich ist es vorzubeugen, d. h. wo es auch immer möglich ist, tuberculösen Frauen, die facultative Sterilität anzurathen. Kommen aber Fälle wie die obigen vor, so wäre bei der gänzlichen Machtlosigkeit der übrigen Therapie und bei der absoluten Trostlosigkeit der Prognose, welche die mit Gravidität complicirte Kehlkopftuberculose bietet, trotz der bisherigen Misserfolge doch die künstliche Frühgeburt einzuleiten; man hat immerhin die Aussicht, event. ein verlorenes Leben zu verlängern, man befreit

die armen Pat., die schon unter den Qualen der Larynx-tuberculose zu leiden haben, wenigstens von der Beschwerde der Schwangerschaft, und die Prognose für das spontan-geborene Kind ist, wie Statistiken lehren, so schlecht, dass sie kaum durch die Einleitung der künstlichen Frühgeburt verschlechtert wird. (Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 27.)

Typhus abdominalis. Ueber **Typhushandschuhe** lässt sich Oberamtsarzt Dr. Georgii (Maulbronn) aus. Die tägliche Erfahrung lehrt, dass namentlich beim T. Ansteckungen des Pflegepersonals keine Seltenheit sind, trotz aller Vorsicht, trotz bester Bedingungen; wie viel mehr erst auf dem Lande, in der Privatpraxis überhaupt! Es ist auffallend genug, dass geeignete Handschuhe zur Prophylaxe der Infectiouskrankheiten (namentlich T., Ruhr, Cholera) bisher nicht gefordert wurden. Das Bedürfniss nach „Typhushandschuhen“ regte sich besonders stark beim Autor anlässlich eines recht unliebsamen Erlebnisses: bei einem schweren Fall von T. erkrankten nacheinander in der Zeit von sechs Wochen die Frau des Pat. und zwei Diakonissen, trotzdem für die persönliche Prophylaxe recht gut gesorgt war. Die Erkrankungen waren nur so zu erklären, dass die Hände trotz sorgfältiger Vornahme der Desinfection nicht gefahrlos wurden und die Infection durch die damit berührten Nahrungsmittel stattfand. Zuerst liess Autor dicke Gummihandschuhe (sogen. Chemikerhandschuhe) verwenden; die Pflegerinnen wünschten dünnere. Die gebräuchlichen Operationshandschuhe waren zu umständlich und auch zu theuer. Endlich kam Autor zum Ziel, indem er aus dünnem, weichem, beigefarbenem Paragummistoff lange, bis an den Ellenbogen reichende stulpenartige Handschuhe anfertigen liess, welche durch ein Gummiband festgehalten werden; am Handgelenk werden sie durch einen volar gelegenen Gummizug zusammengehalten, sie sind so weit, dass man sie ohne Ziehen und Zerren möglichst rasch an- und ausziehen kann; sie vertragen die üblichen Desinficientien gut und kosten Mk. 3,60 das Paar (Emilie Bürk, Stuttgart). Diese Handschuhe möchte Autor in erster Linie für die eigentliche Krankenwartung, für das Heben, Umbetten, Reinigen der Pat. empfehlen. Für einfachere Dienstleistungen dürfte die gewöhnliche kurze Form genügen. Vor dem Ablegen werden sie mit in Sublimatlösung oder Seifengeist getränkten Gazestückchen gründlich abgerieben und in trockener Sublimat- oder steriler Gaze aufbewahrt. Für Aerzte ist die kurze Form

gleichfalls ausreichend, für sie sind jedoch im Allgemeinen jene dicken „Chemikerhandschuhe“ (Paar 6—7 Mk.) wegen ihrer sonstigen vielseitigen Verwendbarkeit vorzuziehen; wer sie zum ersten Mal anzieht, bekommt das Gefühl der Unbeholfenheit, das aber nach öfterer Benützung und Uebung rasch verschwindet. So gebraucht Autor dieselben schon seit Monaten zu seiner grössten Zufriedenheit bei Sectionen, Verbandwechseln, Incisionen von Panaritien, Phlegmonen u. s. w., überhaupt bei allen Vorrichtungen, bei denen die Gefühlsbeeinträchtigung der Finger nicht störend wirkt. In der Typhusbehandlung gewähren sie ein grosses Gefühl der Sicherheit bei Gewinnung des Faeces- und Urinmaterials, bei Abscesseröffnungen, Berührung des Bettzeuges, der Wäsche u. s. w. Gegenüber den dünnen Operationshandschuhen haben sie verschiedene Vorzüge: sie sind viel dauerhafter, auch dem Auskochen (man muss sie dem kalten Wasser beilegen und miterwärmen lassen, wirft man sie in kochendes Wasser, so werden sie weich und unhandlich) und Desinficientien gegenüber, sie bedürfen nicht einer besonders sorgfältigen Behandlung nach dem Gebrauch, lassen sich bequem ohne jeden Zeitverlust in trockenem Zustand anziehen und eignen sich daher vorzüglich auch für die Sprechstunde. Der feine Operationshandschuh bleibt für gewisse unreine Fälle, z. B. gynaekologische Untersuchungen, fiebernde Wöchnerinnen, Rectaluntersuchungen reservirt. Für die Pflegerinnen aber ist zu fordern, dass sie in Zukunft wenigstens für die Pflege der Typhuskranken mit Handschuhen ausgestattet sind. Nur so werden die so häufigen Verunreinigungen der Finger, Hände und Arme mit Urin, Faeces, Eiter u. s. w. vermieden werden.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 16.)

- **Einiges über Unterleibstypus** giebt in aphoristischer Weise W. Ebstein (Göttingen) zum Besten. Zunächst berichtet er von einem Falle von T. mit renaler Haematurie, ausgesprochener acuter haemorrhagischer Nephritis. Sodann bespricht er die Fieberbekämpfung. Wir wissen, dass beim T. Temperaturen von 42° nicht ertragen werden, und man greift daher immer dann ein, wenn die Temperatur bereits die Höhe von 40° erreicht, und während der ersten Periode der Krankheit sich Abends um 41° herum bewegt, also eine lebensbedrohende Höhe erreicht. Man strebt heutzutage nicht mehr darnach, einen afebrilen Verlauf des T. zu erzielen; ein solcher nützt auch den Pat. nichts, der T. dauert mindestens ebenso lange, die Reconvalescenz oft

noch länger, und das Krankheitsbild wird noch verschleiert. Aber nicht nur da, wo in der Temperaturhöhe selbst eine Lebensgefahr liegt, auch in allen den Fällen, in welchen bei niedrigeren Fiebergraden, z. B. bei Morgentemperaturen von $39,5^{\circ}$ und bei Abendtemperaturen von 40° oder etwas darüber, anderweitige Symptome erscheinen, welche das Leben bedrohen und welche durch mässige Fiebergrade schon in unangenehmer Weise beeinflusst resp. gesteigert werden, insbesondere wenn schwere Gehirnerscheinungen oder Herzsymptome auftreten, wenn der Puls wacklig wird und über 110 oder gar 120 Schläge in der Minute steigt, wenn das Krankheitsbild einen asthenischen Charakter zeigt, da greift Autor mit Fiebermitteln ein. Liegen derartige Indicationen nicht vor, fällt es ihm nicht ein, Abendtemperaturen von 40° und etwas darüber zu bekämpfen. Von Fiebermitteln hat er schon die verschiedensten versucht und wieder bei Seite geschoben, ist immer wieder zu dem unschädlichen *Natr. salicyl.* zurückgekehrt, und zwar in Dosen von 1—2, höchstens 2,5 g pro die. Damit gelingt es zwar keineswegs, das Fieber völlig zu beseitigen; aber wir wollen ja auch nur dasselbe von seiner gefahrdrohenden Höhe herabdrücken. Autor giebt, wenn die Morgentemperatur (z. B. von 40°) schon darauf hindeutet, dass die Abendtemperatur 41° erreichen dürfte, Morgens eine Dosis von 1 g und wenn nöthig, d. h. insbesondere wenn früh gegen 11 Uhr die Temperatur auf derselben Höhe beharrt oder gar noch gestiegen ist, in der Mittagstunde eine gleiche, event. $1\frac{1}{2}$ mal so grosse Dosis. Unser kräftigstes Reizmittel bei Behandlung des T. ist das Wasser. Auf den Gebrauch kühler Bäder hat freilich Autor schon seit sehr langer Zeit verzichtet; er wendet nur laue Bäder, nicht unter 30° , an, und auch nur unter sorgsamer Ueberwachung. Er benützt sie mit Vorliebe dann, wenn ein Daniederliegen der Gehirn-, Herz- oder Athmungsthätigkeit ein scharfes Reizmittel unbedingt erfordert. Autor hat noch in jüngster Zeit, wo alle medicamentösen Reizmittel versagten, von dieser Bäderwirkung einige Male vorzügliche Erfolge gehabt. Dagegen macht er fast in jedem Falle von einer weit weniger eingreifenden Form der Wasserbehandlung Gebrauch, von kalten und lauen Abreibungen mit nachfolgender Frottirung des Körpers. Sie dienen zunächst der Reinlichkeit und damit der Verhütung des Decubitus, und sind zugleich ein wirksames Reizmittel, besonders für die Herz- und Athmungsthätigkeit, aber auch für das Gehirn. Auch ein gewisser Einfluss auf die Herab-

setzung der Körpertemperatur ist diesen hydro-therapeutischen Maassnahmen nicht abzusprechen. Was nun die Calomeltherapie anbelangt, so pflegt man das Calomel in Dosen von 0,3—0,5, in Einzeldosen von 0,1 zerlegt, für eine Art causaler Therapie zu halten, durch welche man vermöge, das noch im Darm localisirte Gift aus demselben zu eliminiren und auf diese Weise den Verlauf des T. milder zu gestalten. Manche stehen dieser Therapie skeptisch gegenüber, Autor hält sie für rationell und nützlich und pflegt sie, zumal sie durchaus harmlos ist, anzuwenden.

(Die ärztliche Praxis 1904 No. 15.)

- **Neuritis optica bei Paratyphus** sah Dr. G. Flatau (Medic. Klinik zu Kiel). Nach dem Bekanntwerden der interessanten Thatsache, dass Typhuserkrankungen auch durch eine „Abart“ des Eberth-Gaffky'schen Bacillus, durch den Paratyphusbacillus, hervorgerufen werden könnten, und dass man die betreffenden Erreger sicher zu trennen imstande ist, war es von Wichtigkeit, zu erfahren, ob man auch rein klinisch den T. vom Paratyphus unterscheiden könne. Sämmtliche Beobachtungen jedoch haben bis jetzt gezeigt, dass symptomatologisch der Paratyphus vom T. nicht zu trennen ist. Es giebt kein einziges beim Paratyphus beobachtetes Symptom, das nicht auch als Typhus-symptom zu bezeichnen und als solches bereits bekannt ist. Deshalb hat auch für den Kliniker die Trennung von T. und Paratyphus nur wissenschaftliches Interesse, und für den Arzt erwachsen durch die Erkenntniss des Paratyphus keine neuen, speciell therapeutischen Pflichten. Nur prognostisch lässt sich ein Unterschied construiren, und zwar insofern, als der Paratyphus eine viel günstigere Prognose geben soll. Dass bei Paratyphus auch seltenere Typhussymptome oder besser Typhuscomplicationen beobachtet werden, zeigt Flatau's Fall, bei dem eine beiderseitige Neuritis optica bis in die erste Zeit der Reconvalescenz hinein bestand. Man kennt diese Sehnervenentzündungen bei T., wo dieselben meist in der 2. oder 3. Woche auftreten, und zu geringerer oder stärkerer Herabsetzung der Sehschärfe führen, vereinzelt zu Retinalblutung, zu Blutung in die Opticusscheide, zu partieller oder totaler Sehnervenatrophie. Eine erhebliche Verminderung der Sehschärfe konnte Autor in obigem Falle nicht feststellen, der schwere allgemeine Zustand machte genauere Bestimmungen unmöglich. Es handelte sich aber zweifellos um beiderseitige Sehnervenentzündung bei Paratyphus, ganz

analog derjenigen beim T., sodass auch hier die klinische Identität beider Erkrankungen sich offenbarte.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 28)

Ulcus ventriculi. Ist die „schmerzhaft^e Magenleere“ eine nervöse Erkrankung? Diese Frage beantwortet Dr. Fr. Ehrlich (Stettin) dahin, dass sie es wohl manchmal sein kann, dass sie aber nach seinen Erfahrungen häufiger ein Symptom von U. ist und stets den Verdacht darauf erregen sollte. Er giebt zahlreiche Fälle an, bei denen er solche Erfahrung gesammelt hat, die ihm nahelegt, die schmerzhaft^e Magenleere direct als Ulcussymptom aufzufassen, gleichgültig, ob er noch andere Anhaltspunkte für U. findet oder nicht.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 Nr. 20.)

— Ueber **Magengeschwüre im Climacterium** macht Dr. A. Barri (Poliklinik von P. Cohnheim, Berlin) Mittheilung und giebt verschiedene Beobachtungen wieder. Aus denselben geht hervor, dass Magengeschwüre im Anschluss an das Climacterium nicht selten sind. Weiter ergibt sich: da das Auftreten des U. in der Menopause unzweifelhaft im Zusammenhänge mit den eigenthümlichen climacterischen Circulationsstörungen steht, so zeigt sich auch hier wieder die Richtigkeit der Virchow'schen Hypothese, dass mangelhafte oder gestörte Blutcirculation zwar nicht das einzige aber doch ein äusserst wichtiges aetiologisches Moment für die Bildung von Magengeschwüren abgiebt.

(Centralblatt f. innere Medicin 1904 No. 27.)

— **Argentum oxydatum** wandte Dr. Kappesser (Darmstadt) vor etwa 50 Jahren zum ersten Male mit Erfolg an, und er ist seitdem diesem Mittel treu geblieben, da es sich in zahlreichen Fällen bewährt hat. Er verordnet:

Rp. Arg. oxyd. 0,3
F. e Bol. alb. et Aqu. dest.
pill. No. 20.
S. Morgens nüchtern und Abends
vor dem Schlafengchen 1 Stück
zu nehmen.

Ausserdem pflegt er wegen der meist gleichzeitig bestehenden Anaemie Tinct. ferri acetic. (2—3 mal täglich 15 bis 20 Tropfen) zu geben, welches billige und gut bekömmliche Präparat er allen anderen vorzieht, und zunächst

möglichste Milchdiaet anzuordnen (häufige kleine Gaben, stets gemischt mit altbackener Semmel), als Uebergang Hafersuppe, dann „Ribelsuppe“, d. h. kleine, aus rohem Ei und Mehl mit der Hand geformte Nudeln in Milch gar gekocht. Auch nach erzielter Besserung warnt Autor seine Pat. noch längere Zeit vor folgenden drei Dingen: vor saurem Schwarzbrot, Kaffee und Kartoffeln.

(Centralblatt für die gesammte Therapie, August 1904.)

Vitia cordis. Das Trauma als Aetiologie bei Aorten-

klappeninsufficienz schuldigt Stabsarzt Dr. Fr. Sinnhuber (II. medicin. Universitätsklinik in Berlin) in drei Fällen an, die er genau beschreibt. Bei Fall 1 handelte es sich um einen 23jährigen Mechaniker, der beim Fussballspiel von einem Ball gegen die Brust getroffen wurde, sodass er ohnmächtig zusammenbrach, bei Fall 2 um einen 42jährigen alten Zimmerer, welcher von einem Brett 1 m rücklings auf gemauerten Boden fiel, bei Fall 3 um einen 30jährigen Stuckateur, der von einem 2½ m hohen Gerüst fiel, sodass er mit der Brust auf einen eisernen Träger aufschlug. Die Erscheinungen waren stets so frappant, dass ein Zweifel an irgend einem Zusammenhang zwischen Trauma und Herzfehler kaum aufkommen kann. Der erste Pat. war vor dem Unfall andauernder Radfahrer und Fussballspieler, darnach zu jeder körperlichen Arbeit untauglich. Vor dem Unfall war das Circulationssystem gesund befunden worden, vier Wochen nach dem Unfall wird bei der Musterung ein „schwerer Herzfehler“ constatirt. Darauf lässt sich Pat. in die Charité aufnehmen und bietet die Erscheinungen einer Aorteninsufficienz mit stark hypertrophirtem linken Ventrikel und sonstigen per Distanz sichtbaren Symptomen. Der zweite Pat. arbeitete bis zu seinem Unfall schwer als Bautischler, darnach ist er arbeitsunfähig. Zwei Monate nach dem Unfall wird eine Aorteninsufficienz constatirt und Pat. für völlig erwerbsunfähig erachtet. Nach 1½ Jahren hatte er ein Cor, das, an der Basis gemessen, 22 cm breit ist, und das ihn nicht nur zu jeder Arbeit, sondern fast zu jeder Bewegung unfähig macht. Man kann sich bei solcher zeitlichen Aufeinanderfolge unmöglich dem Eindruck verschliessen, dass Trauma und Krankheit im engsten ursächlichen Zusammenhang mit einander stehen. Auch bei Fall 3 war bei einem vorher gesunden Mann das Einsetzen der Herzbeschwerden unmittelbar im Anschluss an das Trauma so stürmisch, dass man jedenfalls vom Standpunkt der Unfallbegut-

achtung dem Pat. unrecht thun würde, wollte man seine Aorteninsufficienz nicht mit dem Trauma in Beziehung bringen. Aber auch rein wissenschaftlich wird man nicht anders denken können, wenn Pat. anamnestisch angiebt, dass er bis zum Unfall gearbeitet habe und unmittelbar darauf durch Angst- und Beklemmungsgefühle und anfallsweise durch ein unerträgliches Klopfen der Pulsadern an jeder Thätigkeit gehindert wurde, und wenn man dann bei der Untersuchung des Pat. während solch eines Anfalles ein auf Entfernung sichtbares Klopfen der Aa. temporales, radiales etc. sieht und die schwersten Erscheinungen einer zwar compensirten, aber hochgradigsten Aorteninsufficienz findet, die den Pat. zu jeder körperlichen Arbeit untauglich macht, während er vorher ohne Beschwerden seiner Arbeit nachgegangen ist.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 32.)

- **Zur Behandlung Herzkranker** theilt Dr. A. Hecht (Beuthen in Ob.-Schles.) mit, dass er, zunächst um den ungünstigen Einfluss der Digitalis auf den Appetit zu paralysiren, es für zweckmässig hielt, Digitalis mit solchen Herztonicis zu combiniren, welche geeignet sind, einmal auf die motorische Insufficienz des Magens günstig einzuwirken, alsdann die Appetenz anzuregen: Extract. Strychni und Chinin.

Rp. Fol. Digital. pulv.

Chinin. hydrochloric. aa 1,5

Extr. Strychni spir. 0,3—0,5

M. f. pill. No. 30

S. 3mal täglich 1—2 Pillen.

Bei dieser Verordnung schwinden nicht nur die Symptome der Herzschwäche, sondern auch die lästigen Magenbeschwerden. Die Verordnung kommt in erster Reihe für solche Pat. in Betracht, welche in einem reducirten Zustand der Ernährung sich befinden und die ersten Anzeichen der Herzschwäche, wie Athemnoth, Herzklopfen, beschleunigten Puls, darbieten. Ferner ist sie in solchen Fällen anzuwenden, bei denen mit der Digitalis allein ein Effect nicht mehr zu erzielen ist. Auch bei Lungenblutungen Herzkranker bewährte sie sich glänzend, sei es dass diese auf Blutstauung im kleinen Kreislauf beruhten oder Folge eines haemorrhagischen Infarctes waren. Die Combination von Extr. Strychni und Chinin an sich ist ein hervorragendes Stomachicum, das seine Wirkung besonders bei *Atonie des Magens* eclatant zeigt und stark tonisirende Eigenschaften aufweist. Wegele verordnete:

Rp. Chinin. hydrochloric. 0,1
 Extr. Strychni 0,03
 Sach. alb. 0,3
 M. f. pulv. D. tal. dos. No. XX
 S. 3mal täglich 1 Pulver in
 Oblaten zu nehmen.

Aus oekonomischen Rücksichten verschreibt dafür
 Hecht:

Rp. Chinin. hydrochloric. 5,0
 Extr. Strychni 1,5
 Acid. arsenic. 0,03
 M. f. pill. No. 50.
 S. 3mal tägl. 1 Pille nach
 dem Essen zu nehmen.

Diese Verordnung bewährte sich auch in einem Falle
 von *Hyperemesis gravidarum*, das allen sonstigen Medica-
 tionen trotzte, und auch sonst bei *nervösem Erbrechen*, z. B.
 bei Hysterie, bei Vomitus der Schulkinder. So gab Autor
 einem 11jährigen Knaben:

Rp. Chinin. hydrochloric. 3,0
 Extr. Strychni 0,15
 Natr. arsenic. 0,02
 M. f. pill. No. 30.
 S. 3mal täglich 1 Pille.

In Fällen, wo dem nervösen Erbrechen Bleichsucht
 zu Grunde liegt, giebt Autor mit Vorliebe nach Dresdner:

Rp. Extr. Strychni 0,75
 Chinin. bisulfuric. 3,0
 Ferr. pyrophosphoric. 7,0
 Succ. Liq. crud. et Glycerin.
 q. s. ad pill. No. 50.
 S. 3mal täglich 1—2 Pillen.

Auch als allgemeines Tonicum leisten diese Pillen hervor-
 ragende Dienste.

(Therap. Monatshefte, August 1904.)

- Naunyn hat das von Cloëtta dargestellte **Digitoxin. solubile**
 subcutan angewandt und hochbedeutsame Erfolge gesehen.
 Die gut haltbare Lösung enthält 0,3 mg pro ccm. Digi-
 talisinfuse wirken bekanntlich zumeist langsamer, als in
 einzelnen Fällen wünschenswerth ist. Man muss schon
 sehr starke Dosen, die leicht zu Intoxication führen können,
 anwenden, will man am zweiten Tage sichere Wirkung

erzielen; meist dauert es bei gewöhnlichen Dosen bis zum 3.—5. Tag. Dieses Latenzstadium wird durch die subcutane Injection des Digitoxin. solub. wesentlich verkürzt. Nach Gaben von 0,3 mg 1—3 mal täglich ist nach 24 Stunden die Wirkung da, die Diurese steigt. Diese rasche Wirkung ist z. B. für die acuten Herzschwächen bei Infectionskrankheiten von grösster Bedeutung*).

(Unterelsässischer Aerzteverein, 2. Juli 1904. —
Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 31.)

Vermischtes.

— Einen **Beitrag zur therapeutischen Anwendung des Sanatogens** liefert Dr. M. Benaroya. Er zeigt an Beispielen die prompte Wirksamkeit des Präparates und giebt zum Schluss die Indicationen für die Anwendung an. Sanatogen ist indicirt:

1. Bei der Ernährung rhachitischer Kinder wegen der Begünstigung der Kalksalzaufnahme.
2. Bei der Ernährung von Säuglingen, die aus irgendwelchen Gründen der natürlichen Ernährungsweise mit Muttermilch nicht theilhaftig werden können.
3. Bei allen mit einem gesteigerten Zerfall von Körpersubstanz einhergehenden Erkrankungen wegen des dadurch schnell zu erzielenden N-Ansatzes.
4. Bei fast allen Digestionsstörungen unabhängig von der Natur der Krankheit wegen seiner leichten Assimilirbarkeit, Reizlosigkeit und günstigen Beeinflussung der Appetenz.
5. Bei der Behandlung fast sämtlicher Nervenkrankheiten wegen seiner neurotonisirenden Eigenschaft.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1904 No. 15.)

*) Wie Prof. Cloëtta neuerdings mittheilt, wird das Mittel von der Firma Hoffmann-La Roche & Co. (Basel) hergestellt in wässriger Lösung mit 25% Glycerin unter dem Namen „Digalen“. Jeder ccm der Lösung entspricht 0,3 mg des amorphen Digitoxins. Das Mittel wird in kleinen Fläschchen zu 2 Mk. abgegeben. (Münch. med. Wochenschrift 1904. No. 33.)

- **Einige neuere Heilmittel** wurden in der kgl. Univers.-Poliklinik für Hautkrankheiten in Kiel versucht. Ueber die erzielten Resultate berichtet jetzt Dr. Fr. Bering. In dem *Empyroform* (Condensationsproduct aus Theer und Formaldehyd) ist uns ein Theerpräparat gegeben, welches imstande ist, alle anderen Theerpräparate zu verdrängen. Man kann es sogar bei verhältnissmässig frischen, noch nässenden *Ekzemen* in Anwendung bringen. Es wurde bei den hartnäckigen Kindereczemen versucht. Nachdem das schlimmste Stadium des Nässens durch austrocknende Mittel überwunden war, wurde *Empyroformsalbe* verordnet, stets mit bestem Erfolg. In mehreren Fällen von *scrophulösen Ekzemen* des Gesichts, die bis dahin jeglicher localen Therapie widerstanden, geradezu frappante Wirkung. Auch *Lichen scrophulorum* und *Prurigo* werden günstig beeinflusst. Bei älteren *Ekzemen* Wirkung etwas zu schwach. Es wurden 5—10%ige Salben benützt, die fast absolut geruchlos sind. — *Euguforn* kam ausschliesslich in Form des fast geruchlosen Streupulvers zur Verwendung. Bei *Ulcus molle* und *Herpes proenitalis* leistete seine schmerzstillende und secretionshemmende Wirkung gute Dienste. Dabei verhindert es ein weiteres Umsichgreifen des Processes, die Herpesbläschen kommen in kurzer Zeit zur Ausheilung. Bei chron. Unterschenkelezemen (Stauungsdermatosen) liess unter *Euguforn* die Secretion bald vollständig nach und der Juckreiz verschwand. Jetzt wird es auch verordnet bei allen langsam zuheilenden Wundflächen, z. B. bei excochleirten *Lupusstellen*, stets mit Erfolg; die Secretion wird sehr beschränkt, die Granulationsbildung mächtig gefördert. *Crurin* bewährte sich als Antigonorrhoeicum nicht sehr. Es wird jetzt nur noch als Streupulver verwendet bei allen kleineren Operationen, Spaltung von Phimosen etc., mit bestem Erfolge. Auch styptisch wirkend stillt es kleinere Blutungen sofort, die Wunden heilen stets per primam. Es hat auch ausserordentlich wundreinigende Wirkung. Bei älteren schlechtheilenden Geschwüren ebenfalls recht gute Wirkung. Es ist völlig reizlos und geruchlos, ein gutes Ersatzmittel für Jodoform. — *Albargin* zeigte als Antigonorrhoeicum keine besonderen Vorzüge. — *Gonosan* wurde bei frischer *Gonorrhoe* in Kapseln (täglich 6 Stück à 0,3) im Verein mit localen Spülungen ordinirt. Es erwies sich als das beste der Balsamica. Gerade in solchen Fällen, wo wegen der Heftigkeit der ersten Erscheinungen die Localtherapie noch nicht einsetzen kann, leistet *Gonosan* vorzügliche Dienste; die Schmerzen beim Uriniren lassen sehr bald nach, event. Blutungen

sistiren, der grünlichgelbe Eiter hellt sich auf, Gonosan scheint auch das Uebergreifen des Processes auf die Pars posterior oft zu verhindern. Manchmal muss man freilich die Medication wegen Verdauungsbeschwerden aussetzen. — Als vorzügliches Harndesinficiens erwies sich *Helmitol* bei *Cystitis*. Schon nach wenigen Tagen, oft schon nach 24 Stunden, verschwanden die subjectiven Beschwerden, der Urin ward bald klar. Bei längerer Darreichung tritt bisweilen Nierenreizung ein, weshalb von Zeit zu Zeit auf Eiweiss zu prüfen ist.

(Die Therapie der Gegenwart, Juli 1904.)

- **Euguform in der Chirurgie** verwandte Privatdoc. Dr. G. Lotheissen (Kaiser Franz Joseph-Spital in Wien) mit gutem Erfolge. Das Mittel übt eine vorzüglich reinigende und austrocknende Wirkung aus. Dies zeigte sich namentlich bei jauchenden *Unterschenkelgeschwüren*, die, täglich mit 10% iger Euguformvaseline verbunden oder alle 2—3 Tage mit Euguform eingestäubt, sich rasch reinigten und selbst bei ambulanter Behandlung sich rasch überhäuteten. Euguform wirkt auch stark desodorisirend. Wurde in jauchende *Abscesse* 5—10% ige Euguform-Glycerinemulsion eingegossen, so verschwand bald der üble Geruch, minderte sich zusehends die Secretion und erfolgte rasch die Heilung. Bei inoperablen Uteruscarcinomen kann es die Secretion und den üblen Geruch vermindern. Die *tuberculösen Geschwüre* reinigten sich rasch und heilten schön, wenn es sich nicht um aufgebrochenen Fungus handelte. Bei tuberculösen, so gelegenen Fisteln, dass man den Herd nicht leicht radical angehen konnte, leistete nach der Excochleation das Eingiessen von Euguform-Glycerin gute Dienste. Das Pulver, rein aufgeblasen, hat leicht ätzende Wirkung, sodass man vorsichtig sein muss. Granulationen gewöhnlicher Geschwüre werden, wenn man täglich Euguformpulver anwendet, glasig, die Ueberhäutung geht sehr langsam vor sich. Besser ist also hier 10% ige Salbe. Doch kann man tuberculöse Geschwüre und auch chron. Unterschenkelgeschwüre, die noch viel secerniren, ganz gut von Zeit zu Zeit mit Euguform anblasen. Auch bei *Verbrennungen* und *Erfrierungen* leistete Euguform Gutes, beim 2. Grade als Salbe, beim 3. Grade als Pulver oder Gaze, welch letztere durch Lösen des Euguforms in Alkohol bei Glycerinzusatz leicht herstellbar ist.

(Centralblatt f. Chirurgie 1904 No. 25.)

- **Lactagol** ist schon oft als prompt wirkendes Lactagogum empfohlen worden. Jetzt gesellt sich den Lobrednern auch Dr. J. Arnold Goldmann (Wien) hinzu, der das Präparat öfters zu erproben Gelegenheit hatte und stets damit die versiegende Milchsecretion wieder kräftig zur Entwicklung bringen konnte.
(Therap. Monatshefte, Juli 1904.)

- **Die Behandlung der trockenen und verstopften Nase** nimmt mit bestem Erfolg Hofrath Dr. Volland (Davos-Dorf) in der Weise vor, dass er das Naseninnere in recht einfacher Weise mit Salbe bestreicht. Er streckt eine gewöhnliche Haarnadel gerade, umwickelt sie fast bis zur Umbiegungsstelle mit Verbandwatte, so dass das eine Ende durch die pinselförmig überstehende Watte gedeckt ist, taucht diesen Pinsel in frisch bereitetes Zinkvaseline (die käufliche „Zinksalbe“ ist zu klumpig) und beladet die Watte allseitig gut damit. Dann geht er mit ihr unter leicht schmierenden Bewegungen soweit als möglich nach aufwärts in die Nase, zieht zurück und dringt nun mit ihr durch den unteren Nasengang ungefähr bis zur Umbiegungsstelle der Nadel. Mit einer frischen Umwicklung und Salbung wird dann das andere Nasenloch ebenso behandelt. Danach verspürt Pat. bald Linderung und verliert den Drang, in der Nase zu bohren. Auf diese Weise lässt sich auch den Kindern das Bohren in der Nase leicht abgewöhnen. Bei dem bedenklichen Schmutz der Kinderhände dürfte das nicht unwesentlich beitragen zur Verhinderung der Ansteckung mit Lupus, Tuberculose, Erysipel u. s. w. Nach einigen solchen Behandlungen, die keineswegs jeden Tag nöthig sind, denn nach 2—3 Tagen findet sich immer noch Salbe in der Nase, kommt es zu keiner Verschwellung der Nasengänge mehr, die Nasenathmung bleibt auch des Nachts frei, der Schlaf ist ruhiger. Die günstige Wirkung hält gewöhnlich einige Zeit vor, dann ist Wiederholung nöthig. Jüngst behandelte Autor so erfolgreich auch die Ozaena eines 4jährigen Kindes, bei dem der übelriechende Nasenfluss schon über zwei Jahre bestand; hier erwies sich allerdings frisch bereitete Borsalbe heilsamer als Zinkvaseline. Die Methode ist auch zur allmählichen Erweiterung des unteren Nasenganges gut zu gebrauchen; man macht die Watteeinwicklung nach und nach dicker und lässt die Wattesonde immer 5—10 Minuten liegen. Solch ein Wattepinsel, zierlicher gedreht, eignet sich auch zur Application von Augensalben, trocken gelassen zur Entfernung von Fremdkörpern aus

dem Bindehautsack, mit einer dickeren Umwicklung zu Jodpinselungen der Haut. (Therap. Monatshefte, August 1904.)

- **Mundsperrerr mit elektrischer Beleuchtung** empfiehlt Dr. Ph. Bockenheimer (Berlin). Er hat eine kleine durch Accumulator gespeiste Mignonlampe an verschiedene Mundsperrerr anbringen lassen (Louis & H. Löwenstein, Berlin N.) Diese Vorrichtung, mit deren Hülfe es möglich ist, bei aufgesperrtem Munde Mundhöhle, Tonsillen, Rachenwände etc. deutlich zu übersehen, leistet besonders gute Dienste bei Kindern. Auch zur Rhinoscopia posterior, Laryngoscopie, Untersuchung des Zungengrundes u. s. w. erwies sich der Mundsperrerr als sehr praktischer Lichtspender.

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1904 No. 17.)

Bücherschau.

- **Elemente der Physiologischen Chemie**, das von M. Arthus verfasste und von J. Starke in's Deutsche übertragene Buch ist in 2. Auflage erschienen. Es gehört der bekannten Sammlung „Abel's Medicinische Lehrbücher“ (Verlag von Joh. Ambr. Barth in Leipzig. Preis: 6 Mk.) an, deren Ziel es ist, dem Praktiker für jede Disciplin kurze, klar geschriebene Lehrbücher zu liefern, welche vollständig, aber ohne unnöthigen Ballast und ohne Weiterschweifigkeiten, das für die Praxis Nothwendige bringen und so sich vor allem als äusserst brauchbare Nachschlagebücher qualificiren. Obwohl der Uebersetzer in dieser 2. Auflage, den Fortschritten der Wissenschaft entsprechend, viel hinzugefügt, viel vollständig umgearbeitet hat, ist er doch bestrebt gewesen, den Charakter des Buches zu erhalten. So haben wir ein modernes, kurzes, klares, aber vollständiges Lehrbuch der physiologischen Chemie vor uns, welches den Leser ausserordentlich befriedigt und ihm schöne Dienste leistet.
- Goldscheider's **Anleitung zur Uebungs-Behandlung der Ataxie** ist in 2. Auflage erschienen (Leipzig, G. Thieme. Preis: 4 Mk.). Der Verfasser steht auf dem Standpunkte, dass diese Behandlung nicht Sache des Specialisten zu sein

braucht, dass sie vielmehr von jedem Praktiker leicht auszuführen ist, wenn derselbe über eine richtige Anleitung dazu verfügt. Dank Goldscheider's Buch fehlt es uns an einer solchen nicht, ja wir haben in dessen Werk eine solche, wie wir sie uns kaum besser vorstellen können. So klar und präcis sind seine Erklärungen und Vorschriften, so instructiv die zahlreichen Abbildungen, dass der Leser die nöthige Anleitung fast spielend erhält und sie bald in der Praxis nutzbringend verwerthen kann. Das prächtig ausgestattete Buch sei daher auf's Wärmste empfohlen.

— Ein grosses, prächtig ausgestattetes Buch liegt vor uns: **Heilanstalt für Unfallverletzte Breslau**. Inhalt: 1. Bericht über das neuerbaute Krankenhaus und die Eröffnungsfeier. 2. Wissenschaftliche Mittheilungen. Unter letzteren sind enthalten: Bericht über die chirurgische Station von Dr. C. Heintze, Gehirnschlag und Unfall von Dr. E. Loewe, Die Vortheile der Uebernahme des Heilverfahrens während der Wartezeit von S.-R. Dr. Bogatsch, Ueber die operative Behandlung veralteter Ellenbogenverletzungen von Dr. C. Heintze, Ueber den Nutzen der frühzeitigen Ohruntersuchung für die Begutachtung von Unfallnervenkranken von Dr. C. S. Freund, Zur Differentialdiagnose von Arthritis tuberculosa und Arthropathie tabétique von Dr. H. Wagner, 2 Fälle von Segmenterkrankung des Rückenmarks von Dr. H. Sachs. Diese Abhandlungen, meist mit zahlreichen, ausgezeichneten Abbildungen versehen, sind sehr lesenswerth, das ganze Buch eine prächtige Festgabe von dauerndem Werthe.

— **Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts**, das von v. Leyden und Klemperer herausgegebene (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin) Riesenwerk hat uns schon so oft beschäftigt, und schon so oft zu kritischen Lobeshymnen Anlass gegeben, dass wir uns wohl heut damit begnügen können, das Erscheinen zahlreicher neuer Lieferungen (112 bis 125) bekannt zu geben und einige der darin enthaltenen Arbeiten namhaft zu machen. Wir nennen: „Die Untersuchung Nervenkranker und allgemeine neurologische Diagnostik“ von P. Schuster, „Ueber Morphinismus“ von M. Jastrowitz, „Ueber Gelenkbrüche und Luxationen“ von H. Helferich, „Das Verhalten der Haut bei inneren Krankheiten“ von R. Ledermann, „Nierentuberculose“ von L. Caspar,

„Ueber Pyelitis und Pyelonephritis“ von P. F. Richter, „Magengeschwür und Magenblutung“ von C. A. Ewald, „Obstipation und Haemorrhoiden“ von J. Boas, „Die Behandlung der Kurzsichtigkeit“ von Hirschberg, „Endometritis“ von Th. Wyder, „Placenta praevia von J. Veit, „Sterilität“ von P. Strassmann, „Die Erkrankungen der Prostata“ von R. Göbell, „Was hat der prakt. Arzt von der Hygiene?“ von J. Hueppe, „Der chronische Gelenkrheumatismus“ von W. His. — Auch 2 andere in demselben Verlage erscheinende Lieferungswerke, über die wir uns bereits früher sehr lobend äusserten, liegen uns in Fortsetzungen vor. Von dem **Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden** von Eulenburg, Kollé und Weintraud ist der II. Band, 1. Hälfte erschienen (Preis: Mk. 12), der mit seinen zahlreichen vortrefflichen Abbildungen und seiner präzisen und klaren Darstellungsweise dem Praktiker aufs wärmste zu empfehlen ist, und von Kisch's Werk: **Das Geschlechtsleben des Weibes** die 3. Abtheilung (Schluss), ebenfalls ein Buch, das dem prakt. Arzte die besten Dienste leisten wird, und dem ein hervorragender Platz in seiner Bibliothek zukommt. Auch diesen Band zieren zahlreiche, äusserst gelungene Abbildungen. Die Ausstattung dieser Werke ist eine mustergültige.

- **Practicum der klinischen chemisch-mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden** haben Dr. Klopstock und Dr. Kowarsky ein kleines, soeben bei Urban & Schwarzenberg (Wien u. Berlin) erschienenenes Buch (Preis gebd. Mk. 5) benannt, welches den in diesen Gebieten Arbeitenden, vorzüglich dem prakt. Arzte in knapper Form ein Uebersicht über das Arbeitsgebiet geben soll. Es ist den Verfassern durchaus gelungen, diesen Zweck zu erreichen. Einfache, schnell ausführbare Methoden sind es, die sie vor allem in Wort und Bild vorführen, alles ist darauf angelegt, die Bedürfnisse der täglichen Praxis zu befriedigen. Das äusserst brauchbare Werkchen dürfte sehr rasch sich Eingang in die Kreise der Praktiker verschaffen.
- Senators und Kaminers Buch **Krankheiten und Ehe** (München, J. F. Lehmann) liegt jetzt vollständig vor, nachdem auch die 3. Abtheilung die Presse verlassen. Es finden sich in dieser Schlussabtheilung folgende Arbeiten: „Hautkrankheiten und Ehe“ von R. Ledermann, „Syphilis u. E.“ von R. Ledermann, „Trippererkrankungen u. E.“

von A. Neisser, „Erkrankung der tieferen Harnwege, physische Impotenz u. E.“ von C. Posner, „Frauenkrankheiten, Empfängnisunfähigkeit u. E.“ von L. Blumreich, „Nervenkrankheiten u. E.“ von A. Eulenburg, „Geisteskrankheiten u. E.“ von E. Mendel, „Perverse Sexualempfindung, psychische Impotenz u. E.“ von A. Moll, „Alkoholismus, Morphinismus u. E.“ von A. Leppmann und F. Leppmann, „Gewerbliche Schädlichkeiten u. E.“ von denselben, „Aerztliches Berufsgeheimniss u. E.“ von S. Placzek, „Socialpolitische Bedeutung der sanitären Verhältnisse in der Ehe“ von R. Eberstadt. Man sieht auch hier wieder, wie die Herausgeber es verstanden haben, für jeden Abschnitt Bearbeiter zu suchen, welche gerade im jeweiligen Gebiete als Autoritäten bekannt sind und von vornherein die Garantie boten, dass sie vermöge ihrer reichen Erfahrung instande sein würden, in präziser Form die betreffenden Gebiete mustergültig zu bearbeiten. In den 27 Capiteln ist alles, was über Krankheitszustände mit Bezug auf die Ehe gesagt werden kann, in vortrefflichster Weise besprochen worden, der Praktiker hat hier ein Nachschlagebuch erhalten, das ihm ausgezeichnete Dienste leisten wird.

- Mracek's **Atlas und Grundriss der Hautkrankheiten**, Bd. V. von Lehmann's „*Medicin. Handatlanten*“ (J. F. Lehmann's Verlag in München) ist in 2. Auflage erschienen (Preis: Mk. 16), die der Verfasser mit Recht als „vielfach verbessert und erweitert“ bezeichnen kann. Eine ganze Reihe neuer Tafeln ist hinzugekommen, sodass der Atlas jetzt 77 farbige Tafeln und 50 schwarze Abbildungen enthält, und auch der Text ist vielfach umgearbeitet worden, wobei der Autor stets die Interessen des prakt. Arztes im Auge behielt. Dieser wird an dem präzisen, klaren Text, sowie an den prächtigen Illustrationen seine Freude haben und das Buch als treuen Berater in der Praxis schätzen lernen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

N^o 2.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachliteratur.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

November

XIV. Jahrgang

1904.

Adenoide Vegetationen. Einige Bemerkungen über A

macht San.-R. Dr. W. Lublinski (Berlin). Manche halten A. für ein scrophulöses Leiden und beziehen sich hauptsächlich auf den engen Zusammenhang des Leidens mit den Schwellungen der Halslymphdrüsen. Diese geschwollenen, erbsen- bis haselnussgrossen Lymphdrüsen, welche wohl auch am Hinterkopf vorkommen, aber ihren Lieblingssitz am Kieferwinkel, hinter dem Kopfnicker haben und sich beiderseits symmetrisch bis zu den Fossae supraclaviculares hinziehen, sind aber, wie zahlreiche Beobachtungen lehren, meist erst die Folgen der Rachenmandel, und nach Entfernung der letzteren bilden sich meist die Lymphknoten, wenn sie nicht etwa schon tuberculös inficirt waren, zurück. Man beeile sich jedenfalls nicht mit der Diagnose „Scrophulose“ und untersuche bei geschwollenen Halslymphdrüsen lieber erst mal den Nasenrachen. Es brauchen durchaus nicht die bekannten charakteristischen Symptome der A. vorhanden zu sein. Man findet sehr häufig nur kleine, oft recht weiche Wucherungen, welche absolut keine mechanischen Störungen bedingen. Solche kleine weiche Wucherungen bedingen auch nicht so selten die recidivirenden Gaumenmandelentzündungen, und auch bei den Ohrerkrankungen sind nicht immer ausgebildete Formen der A. im Spiel, vielmehr sind oft solche erst durch die Untersuchung festzustellen. Es ist sicherlich demnach nicht die mechanische Wirkung der Wucherungen als ein Hauptgrund für die Ohrerkrankungen anzusehen, vielmehr die Fortleitung einer

Entzündung der Rachenmandel auf die Ohrtrumpete und weiter auf das Mittelohr dasjenige Moment, das in erster Reihe dem Ohr gefährlich wird. Auch Taubstummheit findet sich öfters bei nur geringfügigen A. vor, desgleichen jene sogen. „scrophulösen“ Augenerkrankungen; wiederholt hat Autor Kinder endgültig von letzteren zu befreien durch Entfernung kleiner Wucherungen. Auch Störungen der Verdauung, Erbrechen, Störungen des Wachstums, die Aproxie etc. treten oft genug bei nur wenig bemerkbaren A. auf, und entfernt man letztere trotz ihrer Kleinheit, so blühen die Kinder sofort auf, und die genannten Erscheinungen verlieren sich. Alles dies zeigt, dass schon geringfügige A. die Indication zur Operation abgeben müssen. Es heisst vielfach, und auch Autor war früher der Ansicht, dass zu oft A. operirt werden. Nach seinen jetzigen Erfahrungen muss er sagen: *man operirt nicht genug!*

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 28.)

Alopecia. Ueber **Behandlung und Heilung der A. areata**

durch **directe Bestrahlung mit kaltem Eisenlicht** berichtet Prof. Kromayer (Berlin). Autor hat seit Jahresfrist das Eisenlicht in directer Bestrahlung ohne Drucklinse angewandt. Diese Anwendungsform ist ein grosser Vortheil, indem die kalten Eisenelektroden während längerer Zeit ohne Verbrennungsgefahr bis auf 4 cm der Haut genähert werden und grössere Hautflächen bestrahlt werden können, was beim Kohlenlicht nicht möglich ist. Auch ist die Belichtungszeit beim Eisenlicht viel kürzer; schon nach 3 Minuten wird bei directer Bestrahlung ohne Drucklinse eine nach etwa 6 Stunden eintretende Hautröthe verursacht, die tage- und wochenlang anhält. Vom 1. Januar 1903 bis 1. April 1904 hatte Autor 32 Fälle von Alopecia areata zu behandeln, von denen 6 mit Eisenlicht behandelt wurden; die übrigen sind geheilt worden durch die gewöhnlichen Mittel: Sublimatspirit (1–4%), Chrysarobinsalbe und das vorzüglich wirkende Eugallol:

Rp. Eugallol.
Eurobin. aa 5,0
Aceton. 20,0

Nur diejenigen Fälle, die sich gegen diese Methoden refractär erwiesen, schwere, ausgedehnte Fälle (2 mal mehrere Jahre bestehende A. totalis des ganzen Kopfes) wurden mit Eisenlicht behandelt. Beispiel: 46jährige Frau; seit 3 Jahren totale A. des Kopfes, verschiedene Curen bisher

erfolglos. Lichtbehandlung vom 25. II. bis 12. V. 1903 in 15 Sitzungen von $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ stündlicher Dauer, in 2 Gruppen vorgenommen: die ersten 8 vom 25. II. bis 10. III., darauf $1\frac{1}{2}$ monatige Pause, dann 7 vom 27. IV. bis 12. V. Am ersten Tage Belichtung der einen in 10 Belichtungsbezirke eingetheilten Kopfhälfte, Belichtung jedes Bezirkes 4 Minuten, Gesamtdauer also 40 Minuten. Tags darauf die andere Kopfhälfte in gleicher Weise behandelt. Am dritten Tage Nachbelichtung des ganzen Kopfes an den Stellen, die zu wenig Bestrahlung erhalten. Am vierten Tage Kopfhaut intensiv geröthet. Schon nach 2 Tagen beginnt die Röthe etwas nachzulassen. Wiederholung des Bestrahlungsturnus vom 2. bis 4. März, dann wieder am 9. und 10. März. Durch diese Behandlung ist die Kopfhaut während 14 Tagen in starker arterieller Hyperaemie und leichter oedematöser Entzündung gehalten. Nach $1\frac{1}{2}$ Monaten stellt sich Pat. wieder vor; ungleichmässig, aber über den ganzen Kopf vertheilt, neue Haare, zwischen schon gut behaarten Stellen noch völlig kahle Parthieen. Nochmaliger Belichtungscyclus von 27. IV. bis 12. V. in 7 Sitzungen. 5 Wochen nach der letzten sah Autor die Pat. Auf der ganzen Kopffläche neue Haare, zum Theil in üppigem Wachsthum begriffen. Aus der Krankengeschichte geht das Princip der Behandlung deutlich hervor: intensive Reizung und Erhaltung dieser Reizung während einiger Zeit (14 Tage); dann Pause, um den Erfolg abzuwarten, und event. Wiederholung. Die übrigen 5 Fälle wurden ebenso behandelt: 2 davon hatten schon nach *einem* Turnus vollen Erfolg, einer musste 3, einer (der 2. Fall von A. totalis) 6 Belichtungscyclen durchmachen. Alle 6 wurden geheilt entlassen. Autor hat die A. areata nie für eine parasitäre Krankheit gehalten. Die Erfolge der Eisenlichtbehandlung bestärken ihn in dieser Auffassung: das Eisenlicht erzeugt eine oberflächliche Entzündung der Haut, die sich längs des Haarbalges in die Tiefe fortsetzt und die Haarwurzel zu neuer Proliferation anregt. Jedenfalls muss Autor nach seinen Erfahrungen das Eisenlicht bei weitem als das beste Mittel gegen die A. areata bezeichnen, ein Mittel, von dem wir mit grosser Sicherheit selbst in den Fällen völlige Heilung erwarten dürfen, in welchen alle unsere bisherigen Mittel versagt haben, ein Mittel überdies, das, in der oben geschilderten Art angewendet, bequem und wenig zeitraubend ist.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 31.)

- **Zur Pathogenese der A. areata** führt Th. Mayer als Beleg für die infectiöse Natur dieses Leidens eine Anzahl damit behafteter Pat. von Prof. Lassar vor, durchwegs gesunde, kräftige Leute, die sämtlich an A. areata des Hinterkopfes leiden. Der eine der Pat. ist Juni v. J. erkrankt, *die anderen nach und nach* in diesem Jahre. Sie weisen keinerlei neuropathische Affectionen auf, sind überhaupt sonst gesund, müssen das ja auch sein, da sie sämtlich Angehörige der Kgl. Schutzmannschaft sind, und zwar *alle demselben Revier angehörig*. Das kann kein blosser Zufall sein, und ist es auch nicht, sondern es spielen zweifellos infectiöse Momente eine Rolle. In den Revieren steht nicht für jeden Einzelnen eine besondere Bettstelle zur Verfügung, sondern nur 3—4, die von den Schutzleuten promiscue benützt werden, welche beim Nachtdienst sich bekleidet, nur den Kopf entblösst, in diese Betten legen. 7 Schutzleute haben offenbar so ihre A. acquirirt.

(Berliner medic. Gesellschaft, 13. Juni 1904. —
Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 32.)

Arthritis urica. **Citarin** hat Dr. Prölss (Scheessel) mit bestem Erfolge bei A. angewandt. Es wird am bequemsten und billigsten in Form der comprimierten Tabletten à 2 g (Bayer & Co., Elberfeld) verordnet (10 Stück à 2 g kosten in den Apotheken Mk. 2,60), die sich leicht in einer Tasse Wasser oder kaltem Thee lösen und sich so recht angenehm nehmen. Man muss aber grosse Dosen (8—10 g pro die) geben, um sicheren Effect zu erzielen. Auch empfiehlt es sich, nach Ueberwindung der Schmerzzustände noch einige Tage mit kleinen Gaben fortzufahren.

- Auch Dr. Gernsheim (Worms) war mit **Citarin** sehr zufrieden. Er gab es in 3 Fällen von A., und zwar handelte es sich 2mal um erstmalige acute Anfälle mit typischem Sitz, 1mal um eine chronische, schon seit 2 Jahren bestehende A., die sich jetzt seit $\frac{3}{4}$ Jahren als dauernder Schmerz im linken ersten Metatarso-Phalangealgelenk documentirte, der zuweilen so heftig wurde, dass das Gehen unmöglich war. Während in den beiden acuten Fällen 6 resp. 8 g Citarin (2stündlich 2 g) genügten, um Schmerz und Schwellung innerhalb 10 Stunden vollständig zu beseitigen, bedurfte es in dem chronischen Fall der Dарreichung von je 5 g an 5 aufeinanderfolgenden Tagen, um ein fast vollständiges Schwinden der Beschwerden herbeizuführen, welche letztere auch nicht mehr wiederkehrten.

Auch in den beiden acuten Fällen kam es bisher nicht zu einem Recidiv.

(Therap. Monatshefte, Juli 1904.)

- **Weitere Mittheilungen über Citarin** macht Dr. Alb. Wolff (Berlin). Derselbe hat schon 1903 über 9 Fälle von A. berichtet, wo Citarin sich bestens bewährt hatte. Es waren darunter 3 acute Fälle, die mit grossen Dosen Citarin (5×2 g) nebst Aspirin und heissen Bädern (Sand) in 2—3 Tagen beseitigt wurden, während in subacuten resp. chronischen Fällen ein eclatanter Einfluss auf Schmerzen und Uraturie zu constatiren waren. Seitdem hat Autor noch Gelegenheit gehabt, 3 Fälle (1 acuten, 2 chronische) ebenso zu behandeln, und zwar mit gleich gutem Erfolge.

(Therap. Monatshefte, September 1904.)

- **Zur Verwendung des Aspirins** theilt Dr. Rudolph (Magdeburg) seine Erfahrungen mit. Besonders bei A. zeigte Aspirin eclatanten Erfolg, wie früher kein anderes Mittel gezeigt hat. Auch bei chronischen Formen ist das Mittel von grossem Nutzen, zumal es lange Zeit genommen werden kann und relativ ungiftig ist. Ein Pat. ass bei einem acuten Gichtanfall den Inhalt eines ganzen Röhrchens auf (20 Tabletten à 0,5), ein anderer nimmt seit vielen Monaten jeden Morgen 3 Tabletten auf einmal, da er sonst nicht gehen kann. Ein Pat. mit chronischer A. hat in einem Jahre für 50 Mark Aspirintabletten (1000 Stück) verbraucht. Nirgends üble Nebenwirkungen. — Auch beim *acuten Gelenkrheumatismus* giebt Autor seit 1900 ausschliesslich Aspirin, allerdings nie unter 4 g pro die in der ersten Zeit; die Erfolge sind sehr günstig. — Auch bei *Keuchhusten* ist Autor damit sehr zufrieden; er giebt hier 3 mal soviel cg, als das Kind Jahre zählt.

(Die Heilkunde, September 1904.)

Arzneiexantheme. Ein puppenkopfförmiges Aspirinexanthem nach einer relativ sehr kleinen Dosis beobachtete Dr. Eberson (Tarnów). Pat. nahm wegen Hustens und Brustschmerzen ein Pulver von Aspirin 0,3 + Codein. 0,03. Einige Stunden später verspürte er Jucken und Brennen im Gesicht und Nacken, und Schwellung dieser Theile. Die Untersuchung ergab erythemartiges Exanthem mit stark gedunsener trockener Haut, mit Verdickungen der Gesichtsfalten, beider Ohren und am Genick. Der Ausschlag hatte die Ausdehnung eines Puppenkopfes, reichte vorn bis zum

Manubrium sterni, seitwärts zu den Achseln, rückwärts bis zur Vertebra prominens und hörte an diesen Stellen mit scharfer Linie auf. Nach Puderbehandlung und Laxans schwand er nach 24 Stunden, um am nächsten Tage, nach weiterer Einnahme eines Pulvers, in gleicher Ausdehnung wiederzukehren.

(Therap. Monatshefte, Juli 1904.)

- **Universelles Exanthem nach Scheidenspülung mit Lysol lösung** beobachtete Erwin Thomson (Helenenhof). Eine Wöchnerin, die eine ganz normale Entbindung durchgemacht, bekam 3 Tage darauf heftiges Jucken an den Oberschenkeln; die juckenden Parthien rötheten sich dann; es wurde ein rother Ausschlag sichtbar, die Affection breitete sich weiter aus, und nach 3 Tagen erschien der ganze Körper bedeckt mit einem intensiv roth gefärbten, auf Druck erblassenden, kleinmaculösen Exanthem, das nur auf dem Halse und im Gesicht zu gleichmässiger, flächenhafter Röthung confluirte. Sonst keine Krankheitssymptome, kein Fieber. Das Exanthem blaste allmählich ab und war nach 8 Tagen fast ganz verschwunden. Die Affection erschien räthselhaft, bis man erfuhr, dass Pat. 2mal vor der Geburt und 3 Tage lang nach derselben von der Hebamme, ohne jede Veranlassung, mit Scheidenspülungen einer nach Augenmass hergestellten Lysollösung versorgt worden war. Jetzt war auch der Beginn des Exanthems an den Oberschenkeln aufgeklärt.

(Therap. Monatshefte, August 1904.)

Blutungen. Ueber Gebärmutterblutungen und deren Behandlung mittels Styptol berichtet Prof. Dr. v. Elischer. Er benützte meist die in den Handel gebrachten (Knoll & Co.) Tabletten à 0,05 g, die sich als recht wirksam erwiesen. Die eclatanteste Wirkung war zu constatiren bei den atypischen B. ohne pathologisch-anatomische Ursache. Die B. nahmen nicht allein in kurzer Zeit rapid ab, und etwaige Schmerzen liessen nach, sondern Styptol bewirkte auch eine Verlängerung der intermenstruellen Intervalle, ein Umstand, der das Allgemeinbefinden der Pat. wesentlich hebt. Vorzüglich bewährte sich Styptol auch bei B. infolge von Fibromyomen, eben so in Fällen von Abortus und jenen, wo die Ausräumung der Gebärmutterhöhle wegen Endometritiden und Metritiden zu erfolgen hatte.

(Wiener med. Wochenschrift 1904 No. 32 u. 33.)

- **Styptol bei Gebärmutterblutungen** hat auch Dr. K. Witt-hauer (Halle a. S.) angewandt und hat sehr befriedigende

Erfolge damit erzielt. Bei starken menstruellen B. war die Wirkung besonders gut in Fällen, wo keine anatomische Veränderung der Genitalien nachzuweisen war, besonders bei heranwachsenden Mädchen, die sich in der Entwicklung befanden und höchstens etwas bleichsüchtig waren. Bei einer 16jährigen, die unregelmässige und immer 8 bis 10 Tage dauernde starke B. hatte, trat nach Einnehmen während zweier Perioden Heilung ein, die nun schon $\frac{3}{4}$ Jahr andauert. Bei Endometritis, die häufigere und starke B. verursachte, trotzdem nach Formalinpinselung der Ausfluss aufgehört hatte, trat der Erfolg sofort ein; auch wenn die B. nach der Ausschabung rasch wiederkehrten, oder wenn sie nach der Operation noch andauerten, konnte Autor wiederholt die gewünschte Wirkung beobachten. Am meisten aber befriedigte das Mittel bei klimakterischen B., und sah Autor hier auch Erfolge, wo Hydrastis und Stypticin versagt hatten. Dabei ist Styptol ein unschädliches und billiges (20 Tabletten à 0,05 g kosten Mk. 1,—) Mittel.

(Centralblatt f. Gynaekologie 1904 No. 33.)

— **Ohne oder mit Rapidtamponator?** fragt Dr. R. Pütz (Meran) und empfiehlt wärmstens die Tamponade des Uterus und der Cervix mit Hilfe des Rapidtamponators, der jener bisherigen mühevollen, schmerzerzeugenden, unsicher tastenden, aseptisch zweifelhaften Tamponade ein Ende gemacht hat. Seit $\frac{1}{2}$ Jahr verwendet Autor besonders die zweitkleinste Nummer (No. III) des (von Block in Bodenbach offerirten) Rapidtamponators und stellt folgende Sätze auf:

1. Wer in der Privatpraxis, besonders in der kleinen, engen Arbeiterwohnung, Abortusblutungen behandelt, überlegte sich oft geradezu die Uterustamponade bisher, weil ohne Querbett kaum aseptisch auszuführen, weil er das Sträuben und Jammern der Blutenden scheute und auf ungeschickte Assistenz für Speculum, Kugelzange oder Kniehalten lieber verzichtete und es kaum je allein mit Stäbchen bewerkstelligen konnte.

Mit dem Rapidtamponator kann der Arzt zum erstenmal bequem in der Bettlängslage im Cusco-speculum ohne jede fremde Hand mit der einen Hand die Kugelzange halten (oder sie ist entbehrlich bei weiter Cervix) und mit der anderen tamponirt er einhändig aus dem Gazecarton durch die Tamponatorröhre den Uterus.

2. Der Frau erspart er die jedesmaligen Schmerzen, welche das Hineinschieben der Gaze mit Zange oder

Stäbchen in der Cervix verursachte, denn er tamponirt quasi durch ein Intrauterinspeculum hinein.

3. Der Gazestreifen kann nirgends mehr in Berührung kommen, denn entweder liegt der Gazecarton hart vor der Tamponatorröhre, oder er baumelt, unter derselben hängend, im Aufhängebeutel.
4. Der Tamponator tamponirt von der höchsten (innersten) Stelle an plombirend nach aussen zu so fest als denkbar und drängt sich, wenn das Cavum voll von Gaze, von selber durch den Canal zurück.
5. Die ganze Manipulation dauert entschieden kürzer, als die bisherige hülflose Zangenstäbchentamponirerei.
6. Die Zickzackpackung in den Blockcartoncyindern ist die einzig rationelle Packart, so dass die Gaze stockungslos heraussteigen kann, alle Rollenpackungen versagen.
7. Wenn man ein paarmal damit versucht hat, so entschliesst man sich von selbst viel rascher zu einer Tamponade bei geringster Blutung und daher ist das Instrument ein Nutzen für die Fehlgebärende. Autor zweifelt nicht, dass ein Arzt ohne Kenntniss des Rapidtamponirverfahrens aus begreiflichen Gründen sicher länger überlegt zum Schaden der Patientin, ehe er sich zur alten, misslichen Tamponirerei entschliesst und die Zeit durch Medicamentiren verpasst.
8. Niemals versagt die neue Tamponade, so dass Nachblutung wegen unexacter erster Ausführung zu befürchten wäre.
9. Die einzige Vorsichtsmaassregel ist unerlässlich, welche schon jedem Tamponator beim Bezug von der Firma Block beigelegt wird, dass man absolut nicht mehr als einen centimeterlangen Gazetheil auf einen Ruck einschieben darf, sonst passirt dem Anfänger unfehlbar eine Incarceration der Gaze in der Röhre, er muss von neuem anfangen.

Ebensogut hat sich dem Autor seither bei Uterusblutungen post partum die grösste Nummer (No. V) des Rapidtamponator als äusserst verlässlich und zeitsparend bewährt.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 33.)

- **Zur Verwendung des Suprarenins und Adrenalins bei B.** hat Dr. B. Müller (Hamburg) zur bequemeren Anwendung in der Praxis trockene, sicher sterile, mit diesen Stoffen imprägnirte Gaze, Watte und Tampons herstellen lassen (Max Arnold in Chemnitz) nach einer neuen

Methode, welche unzersetzliche Imprägnirung gewährleistet. Die Gaze enthält $\frac{1}{2}\%$ und 1% Suprarenin resp. Adrenalin, die Watte 1% , die aus beiden zusammengesetzten Tampons also aussen $\frac{1}{2}\%$ innen 1% . Bei der Tamponade mit den imprägnirten Gazen ist nur ein kleiner Uebelstand vorhanden, wenn man grosse Räume auszustopfen hat, wie den Uterus etc., denn die Gaze ist ziemlich theuer, und es würden viele Mengen verschwendet, welche im Innern der Tamponade sich befinden, da sie mit den Wundflächen nicht in Berührung kommen. Desshalb macht Autor die Tamponade so, dass er in das Innere die billigere-imprägnirte Watte oder sterile Gaze bringt. Es werden die Wundflächen mit 4—6 Lagen imprägnirter Gaze ausgelegt und auf diese die sterile Gaze oder imprägnirte Watte. Dies Verfahren erfordert aber immerhin etwas Uebung, und wer dazu keine Geduld hat, der benütze die fertigen Tampons, welche 1% ige Watte und aussen 1% ige Gaze enthalten; mit diesen stopft man fest aus und erspart so bedeutend Geld gegenüber der Tamponade ausschliesslich mit 1% iger Gaze. Die imprägnirten Stoffe haben dem Autor u. a. bei Epistaxis, bei Blutungen aus Wunden, bei uterinen B. vorzügliche Dienste geleistet; die B. sistirten binnen wenigen Minuten.

(Wiener klin. Rundschau 1904 No. 35.)

Combustio. 2 Fälle von C. mit Unna'schem **Chloral-Camphor-**

Salbenmull erfolgreich behandelt hat Menahem Hodara (Constantinopel), und kann derselbe diesen Salbenmull bei C. besonders bei kleinen Kindern wegen der Einfachheit seiner Anwendung und seiner schmerzstillenden Wirkung warm empfehlen. In einem Falle von Verbrennung des Penis und der Pubes durch kochendes Wasser und in einem Falle von Verbrennung der Finger durch eine Petroleumflamme (beide Male Blasen- und Geschwürsbildung) hat Autor mit dem 2 mal täglich erneuerten Salbenmull vollständige Heilung erzielt, ohne nach einem anderen Mittel greifen zu brauchen.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1904 Bd. 38 No. 6.)

- Ueber die **Behandlung der Brandwunden** lässt sich Prof. Dr. A. v. Bardeleben (Bochum) aus. Für den *1. Grad*, falls die Ausdehnung geringfügig ist, empfiehlt es sich, das *Collodium elasticum* zu gebrauchen (nicht das „gewöhnliche“), das, sofort mehrmals in immer breiterer Schicht aufgespritzt, eine vollkommene schützende Decke bildet, die gewöhnlich eine Blasenbildung verhindert. Diese Be-

pinselung hat zu verschiedenen Malen stattzufinden. Lassen die Schmerzen nicht nach oder sammelt sich unten Flüssigkeit an, so muss das Collodium entfernt werden und ein Verband an dessen Stelle treten. Auch kühlende Umschläge (Bleiwasser, Borlösung, Burow'sche Lösung) kommen in Betracht. Beim 2. *Grade* muss vor allem die Schmerzhaftigkeit bekämpft werden. Man nehme am besten von jeder Spülung Abstand, öffne aber alle Blasen (am besten mit Pincette, event. mit Fingernägeln); die Schmerzen nehmen sofort ab, wenn die blossliegenden Nervenendigungen nunmehr schnell einen festen Abschluss von der atmosphärischen Luft erhalten, womöglich eine antiseptisch schützende Decke. Diesen Zweck erfüllen mehr oder weniger alle antiseptischen Pulver (resp. Salben); bei grösseren Brandwunden aber muss man daran denken, dass gerade von Brandwunden aus ausserordentlich lebhaft Resorption von Medicamenten stattfindet und damit eine Schädigung des Organismus droht. Bei Behandlung mit seinen „Brandbinden“ ist dem Autor auch bei Behandlung grosser Flächen noch nie eine Wismuthvergiftung zu Gesicht gekommen. Die v. Bardeleben'schen (Wismuth-) Brandbinden, die jetzt allenthalben im Gebrauch sind (auch v. Bergmann wendet sie in seiner Klinik „ohne irgend eine vorangeschickte Reinigung“ an und nennt sie zur Zeit das beste Mittel bei Verbrennungen), werden nach Entfernung der Blasen ganz lose auf die verbrannten Theile gelegt, da man immer mit einer noch nachträglich eintretenden Schwellung rechnen muss. Unter *einem* Verbands, gewissermaassen unter austrocknendem und trockenem Wismuthschorf, soll die Brandwunde definitiver Heilung zugeführt werden. So ist jedenfalls ein baldiger Verbandswechsel zu vermeiden, und dieser hat sich nur auf *die* Theile zu erstrecken, welche dieser Bedingung (des Eintrocknens) noch nicht entsprochen haben, um sie erneut mit Brandbinde zu bedecken, auf welche zweckentsprechend sterile Gaze und Watte folgt. Beim 3. *Grade* tritt ausser der aufgeführten Behandlung vor allem eine antiseptische, event. feuchte, in den Vordergrund. Meist ist eine chirurgische Nachbehandlung nöthig. Bei Verbrennungen des *Gesichts* befolgt Autor ein Sonderprincip: er lässt die Brandwunden hier gern nach Aufstreuung von Pulver oder Ausschütteln des Gemisches aus einem Stück seiner Brandbinde, im übrigen unbedeckt, nur die etwa vorhandene Secretion in einer Gazecravatte aufsaugend. Bei Verbrennungen der *Bindehaut des Auges* durch glühende Körper

oder chronisch ätzende Substanzen empfiehlt es sich sofort Cocain- resp. Atropinlösung einzuträufeln, um den Schmerz herabzusetzen und event. vorderen Synechieen entgegenzutreten; milde Fälle werden unter Borwasser etc. bald zur Heilung gelangen. Eine besondere Behandlung erheischen auch *Brandwunden durch Aetzung* mit Säuren und Alkalien anfänglich. Ist zum Beispiel eine Körperstelle durch Schwefelsäure oder Salpetersäure verätzt, so gilt es, ein Weiterätzen in der Umgebung zu verhindern. Dies geschieht am besten durch verdünnte Lösungen von Alkalien oder Schüttelmixturen von Alkalien mit Magnesia, Seife oder Kreide, die so schnell wie möglich aufgebracht werden müssen (im Nothfalle event. Milch). Bei Verbrennungen mit Kalk, Aetzkali, Aetzlauge sind reichliche Spülungen mit verdünnten Säuren nöthig, um die sonst weiter um sich greifende Zerstörung des Gewebes zu verhindern; verdünnter Essig, der überall zur Hand ist, genügt.

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1904 No. 18.)

Diabetes. Osteomalacie und D. mellitus zusammen hat Dr.

M. Allina (Wien) beobachtet. Er constatirte bei einer 57jährigen Frau, die seit ca. 15 Jahren an Osteomalacie leidet, einen D. mellitus, dessen erste subjective und objective Symptome auftraten, nachdem Pat. durch jahrelange Behandlung mit grossen Phosphordosen eine bedeutende Besserung ihrer Osteomalacie erfahren hatte. Beide Krankheiten stehen in einem gewissen Gegensatze zueinander und kommen äusserst selten combinirt vor; die eine: Krankheit der Wohlhabenden, die andere: Proletarierkrankheit (auch obige Pat. hatte jahrzehntelang in feuchten Kellerwohnungen bei schlechter Nahrung gelebt). Seitdem der causale Zusammenhang fehlender Pankreassecretion mit D. mellitus erwiesen ist, sind wir bemüht, in jedem Falle von D. mellitus nach Anhaltspunkten für eine Erkrankung des Pankreas, insbesondere für chronische interstitielle und parenchymatöse Entzündungen mit Ausgang in fettige Degeneration oder bindegewebige Schrumpfung, Blutungen, Nekrosen, Neoplasmen u. s. w. zu suchen. Bei der Untersuchung der Stühle obiger Pat. wurden reichlich Neutralfette gefunden; es ergab sich, dass die Fettspaltung mangelhaft war, animalische Nahrung schlecht verdaut wurde; auch erklärte Pat. spontan, sie hätte diarrhoische Entleerungen „wie mit Oel eingeschmierter“ Stühle (Steatorrhoe). Das spricht mit grosser Wahrscheinlichkeit für

das Bestehen von Pankreasveränderungen. Es lag sehr nahe anzunehmen, dass diese Pankreasveränderungen denselben anatomischen Charakter und dieselbe Pathogenese haben, wie die constatirbaren Veränderungen der Leber, die auf eine parenchymatöse, fettige Degeneration derselben, vielleicht mit gleichzeitiger Wucherung des interstitiellen Gewebes hinweisen, wie die degenerativen Veränderungen des Herzmuskels und wahrscheinlich auch der Nieren (Albuminurie). Da die ersten Erscheinungen des D. mellitus erst einige Jahre nach Einleitung der Phosphortherapie auftraten, kam Autor auf den Gedanken, dass die lange dauernde Behandlung mit grossen Phosphordosen (Pat. bekam von einer Phosphorleberthranlösung 0,06:100,0, später 0,08:100,0 täglich 1 Kaffeelöffel, pro die also 3 bis 4 mg Phosphor) in ursächlichem Zusammenhange mit allen jenen Veränderungen steht. Die acute und subacute Phosphorvergiftung führt ja zu rapider fettiger Degeneration und Infiltration der parenchymatösen Drüsen und des Herzmuskels, und bei experimentell erzeugten chronischen Vergiftungen wurden ähnliche Beobachtungen gemacht. Dazu kommt, dass von sonstigen aetiologischen Factoren für die Erkrankung der parenchymatösen Organe (Potus, Lues etc.) hier nicht die Rede war. Das Phosphor hatte sich ja auch hier bestens bewährt; die Kranke, die durch 10 Jahre qualvoll sich mit Krücken im Zimmer bewegte, konnte bereits $\frac{1}{2}$ Jahr nach Einleitung der Phosphorbehandlung die Krücken gegen einen Stock vertauschen und wurde wieder erwerbsfähig. Da aber ein Dauererfolg nur bei über Monate und Jahre hinausreichender Verabfolgung von Phosphor zu erwarten ist, wodurch die Gefahren einer chronischen Phosphorvergiftung zweifellos heraufbeschworen werden, müssen wir in Erwägung ziehen, ob dieser Behandlung das Wort zu reden ist. Sollte die Erfahrung zeigen, dass der längere Gebrauch hoher Phosphordosen oft Veränderungen der parenchymatösen Organe erzeugt, die wir zum Theil als irreparabel bezeichnen müssen, dann müsste eben diese Therapie eine bedeutende Einschränkung zu Gunsten der Castration erfahren. Diese wird heute trotz vereinzelter Misserfolge als das sicherste Heilmittel der Osteomalacie angesehen; die Wirkung tritt meist sehr rasch ein, der Eingriff selbst ist ungefährlich. Oder man müsste wenigstens sich mit kleinen Phosphorgaben, 1—2 mg pro die, begnügen, die schon ganz gut wirken sollen.

(Wiener med. Presse 1904 Nr. 35).

- **Ueber Icterus und D. auf nervöser Grundlage** lässt sich Dr. M. Rheinboldt (Kissingen) im Anschluss an eine Beobachtung aus. Die innigen Beziehungen des Neryensystems zu den Functionen der galleabscheidenden sowohl als der den Kreislauf der Kohlehydrate im Körper vermittelnden Organe sind bekannt: es resultiren als specifische Störungen dieser Organe nervöser Icterus und neurogener D. Autor hat nun einen Fall beobachtet, wo sich acuter Icterus mit acuter Glykosurie combinirten, also bei einem und demselben Individuum gleichzeitig die specifischen Functionen bestimmter Organe offenbar unter den Einwirkungen einer bestimmten Schädlichkeit ihren Dienst versagten, aber ihn in kürzester Frist wieder aufnahmen, offenbar nach Ausklingen der Noxe. Als letztere waren eclatant psychische Erregungen nachweisbar; nach solchen wurde Pat. plötzlich icterisch und bekam Zucker, der latente D. trat nach aussen in die Erscheinung, aber, ebenso wie der Icterus, nur für einige Zeit. Die psychische Erschütterung störte offenbar das Gleichgewicht der Glykogenassimilation, es trat Insufficienz der glykogensammelnden Organe ein. Im Kreislauf der Kohlehydrate ist ihr Durchgang durch die Leber die wichtigste Episode. Die Leber bildet gewissermaassen eine Barrière, sie ist den ihr durch die Porta in wechselnder Menge zuströmenden Kohlehydraten sozusagen als Schleuse vorgelagert, legt in sich ein Glykogendepot an, aus welchem anscheinend ganz nach Bedarf Zucker ins Blut gelangt. Im obigen Falle wies auch der gleichzeitige Icterus auf die Leber als das Organ hin, durch dessen Versagen die Glykosurie eintrat. Es handelte sich gewissermaassen um ein „Erschrecken“ der Leber, unter dessen Einfluss sie plötzlich, aber nur vorübergehend, in ihren wesentlichen Functionen versagte.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 36.)

- **Ein Cancroid auf lupöser Grundlage bei starkem D. behandelt mit Röntgenstrahlen** hat Dr. M. Levy-Dorn (Berlin) und war der Erfolg ein äusserst zufriedenstellender. War bei dem Falle schon die seltene Vereinigung von Lupus und Cancroid interessant, so war es ferner ganz interessant zu sehen, wie das Röntgenverfahren, das ja bei beiden Leiden Triumphe feiert, auch gegen den gemeinsamen Feind sich bewährte. Bemerkenswerth war ferner, dass dies Verfahren trotz des D. nicht zur Gangraen führte, sodass also dieser Fall lehrt, dass D. keine Contraindication gegen die Anwendung der Röntgenstrahlen bildet.

Endlich ist zu erwähnen, dass der Erfolg trotz langer Dauer des Leidens und grosser Ausdehnung desselben ohne wesentliche Reaction und ohne Belästigung des Pat. bewirkt wurde.

(Berliner med. Gesellschaft, 13. VII. 1904. —
Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 38.)

- Einen **Beitrag zur Behandlung des D. insipidus** liefert Dr. B. Stein (Nürnberg). Nachdem er bei einem schweren Falle von D. insipidus Monate lang die verschiedensten Mittel angewandt hatte, die sämmtlich fehlschlügen, versuchte er noch die 1903 von Feilchenfeld empfohlenen *Strychnininjectionen*, und diese hatten eine eclatante Wirkung. Autor begann mit 0,001 g Strychnin. nitr. und spritzte diese Dosis 5 Tage hintereinander ein, pausirte dann 3 Tage; in der zweiten Woche stieg er auf 0,003, nach 3 Tagen Pause auf 0,005 und in der vierten Woche auf 0,01 g. Als die Strychnincur begann, betrug die Urinmenge 15 l pro die, ebenso viel trank die Pat., das specifische Gewicht war 1002; äusserst quälender Urindrang, grosse Trockenheit der Haut, starke Mattigkeit und Nervosität, Körpergewicht 98 Pfund. Schon nach der zweiten Injection ging die Urinmenge auf 12 l herab, in der zweiten Woche auf 7, in der dritten Woche auf 5 und von der vierten Woche blieb sie dauernd auf 3½—4 l stehen. Das specifische Gewicht stieg auf 1003, 1004, beträgt jetzt 1005—1006. Entsprechend ging auch die Polydipsie zurück, und jetzt trinkt Pat. am Morgen 1 Tasse Kaffee, um 10 Uhr 1 Tasse Milch, Mittags 1 l Wasser, Nachmittags Cacao und Abends 1—2 Glas Bier. Auch das übermässige Hungergefühl ist verschwunden. Fast sofort verschwand auch der unerträgliche Urindrang. Das Körpergewicht stieg auf 105 Pfund, Pat. konnte wieder laufen, schlief gut, fühlte sich wohl. So ist es jetzt 7 Wochen lang geblieben.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 36.)

Gonorrhoe. Ueber den therapeutischen Werth des Gonosan

lässt sich Dr. F. Kornfeld (Wien) aus, nachdem er das Präparat in 26 Fällen von acuter G. angewandt hat, und zwar in 14 Fällen von Urethritis acuta anterior, in 7 Fällen von subacutem Blasenhalakatarrh und in 2 Fällen von Trippercystitis. Er gab den Pat. 4 mal täglich je 2 Kapseln nach den Mahlzeiten, ohne sonst eine Behandlung einzuleiten. Dabei wichen die stürmischen Erscheinungen des allerersten Tripperstadiums in der überwiegenden Mehrzahl

der Fälle überraschend schnell, die schmerzhaften, stechenden Sensationen, das erschwerte Harnlassen, die qualvollen nächtlichen Erectionen wurden binnen 2—4 Tagen nahezu gänzlich beseitigt. Niemals wurde das Uebergreifen des Processes auf die hintere Harnröhre beobachtet. Auch bei acutem Blasenhalskatarrh (3 Kranke) war Autor mit der Gonosanwirkung insofern sehr befriedigt, als der Harn bereits nach 48stündigem Gebrauche des Mittels ganz so wie bei der G. der vorderen Harnröhre sich zu klären begann und das Nachlassen der subjectiv sehr quälenden Reizerscheinungen den Pat. wohlthuende Erleichterung verschaffte. Der Haupteffect des Mittels liegt in seiner schmerzlindernden und secretbeschränkenden Wirkung; dasselbe verdient einen dauernden Platz in der Praxis.

(Die Therapie der Gegenwart, August 1904.)

- Ueber eine **Abortivbehandlung der acuten G.** macht Prof. S. Bettmann (Heidelberg) Mittheilung. Er verwandte 20% Auflösungen von Protargol in Glycerinwasser, hergestellt (beim Erfolg kommt es sehr auf die Zubereitung an) auf folgende Weise: das Protargol wird auf 45 g kaltes Wasser in einer ganz flachen Schale von Porcellan aufgeschichtet und so bis zur völligen Lösung unter Vermeidung jeder Berührung und jedes Schüttelns stehen gelassen, sodann Glycerin ad 100,0 hinzugesetzt. Damit pinselte Autor die Urethra aus, dabei Haar-Federkielpinsel verwendend, bei denen der obere Theil des Kiels durch eine Gummikappe gedeckt ist, damit jede Laesion der Harnröhre durch den harten Rand des Kiels vermieden bleibt. Die Pinsel vertragen einmalige Sterilisirung durch Auskochen und werden nach einmaliger Verwendung fortgeworfen. Zur Verlängerung des Pinsels dient ein einfacher auskochbarer Metalltubus, auf den der Kielpinsel so aufgesetzt wird, dass ein Abgleiten oder Steckenbleiben in der Harnröhre ausgeschlossen ist. Das Instrumentchen (Dröll, Heidelberg) wird uncachirt eingeführt. Solche Pinselungen sind auch ein ganz brauchbares Unterstützungsmittel der Behandlung bei schon voll entwickelter acuter G., bei der Autor oft genug eine rasche Abnahme der Secretion durch die Auspinselungen mit starken Concentrationen von Protargol und anderen Mitteln gesehen hat. Die Einführung des Pinsels begegnet selbst bei profusen Eiterungen der Harnröhre weder Bedenken noch Schwierigkeiten, ist auch nicht schmerzhaft. Zur Abortivbehandlung führte Autor die Pinselungen in der Weise durch, dass er mehrere Tage

hintereinander, manchmal auch mit Ueberspringen eines Tages, täglich einmal eine sehr gründliche Auspinselung des vorderen Harnröhrenabschnittes auf eine Strecke von 6—8 cm vornahm. Das Maximum der Applicationen betrug 6, die Dauer der ganzen Behandlung erstreckte sich auf höchstens 8 Tage. Irgendwelche andere locale Behandlung fand während dieser Zeit nicht statt, nur erhielt ein Theil der Pat. innerlich Balsamica. Es wurden nur solche Fälle herangezogen, bei denen erstmalige Infection vorlag, die erst 3—5 Tage zurücklag, wo noch keinerlei Complication (Oedem, blutiges Secret etc.) vorlag, wo noch keinerlei therapeutischer Eingriff (auch keine prophylaktische Injection) stattgefunden hatte. Diesen Bedingungen entsprachen 42 Fälle, bei denen stets der Gonokokkennachweis vorher geliefert wurde. Bei Beurtheilung des Effectes der Abortivbehandlung war Autor streng in seinen Anforderungen: In keinem der als gelungen zu bezeichnenden Fälle durfte nach Aussetzen der Abortivbehandlung eine weitere locale Therapie stattfinden, ausserdem musste nach Aussetzen der Behandlung eine genügende Controllfrist verfließen (mindestens 10 Tage), ehe ein Urtheil gefällt wurde. In 47,6% der Fälle nun führte die Abortivbehandlung zu einem positiven Ergebniss, ein überraschend günstiges Resultat. Die Chancen der Heilung waren am besten, wenn der Pat. schon am dritten Tage zur Behandlung kam, später erfuhren sie eine progressive Verschlechterung. Dies Heilresultat wird ohne Beschwerden für den Pat. erreicht. Der Verlauf ist in den günstigen Fällen der folgende: die erste Auspinselung pflegt eine ziemlich intensive dünnflüssige Secretion anzuregen, ohne dass die Kranken besondere Schmerzen verspüren. Das erste, wohl auch das zweite Uriniren verursacht noch mehr oder minder lebhaftes Brennen. Aber am zweiten Tage schon ist die Secretion bei den meisten Pat. auffallend gering; die Auspinselungen der folgenden Tage verursachen kaum mehr subjective Beschwerden und regen kaum mehr eine erhöhte Secretion an. In einem Theil der Fälle entwickelt sich überhaupt kein rein eitriges Secret. Kommt es im Gegentheil zu stärkerer Eiterung, so spricht das eher dafür, dass das Verfahren missglückt; allerdings nicht unbedingt, denn auch in solchen Fällen ist noch ein Rückgang möglich. Wie steht es aber mit den Fällen, in denen die Abortivcur misslingt? Da sind 2 Gruppen zu unterscheiden. Bei manchen, seltenen Fällen führt die Cur direct zu einer sehr heftigen Eiterung, die

anscheinend durch jede neue Pinselung stärker erregt wird, und bei der sich fortgesetzt reichlich Gonokokken im Secret finden. Man wird da gut thun, die Therapie abubrechen. Andermal schien die Cur gelungen; es bestand nach einigen Auspinselungen keine oder nur eine minimale, dünne Secretion, die Therapie wurde ausgesetzt, aber nach einigen Tagen stellte sich wieder eine gonokokkenhaltige Eiterung ein. Aber diese negativen Fälle verliefen keineswegs schlimm, sondern eher unter dem Durchschnitte mild; in keinem dieser 15 negativen Fälle kam es zu einer Complication, nicht einmal zur Erkrankung der Pars posterior. Die erhaltenen Resultate fordern demnach zweifellos zu weiteren Versuchen auf. Das Verfahren ist einfach, erfordert keine grossen Apparate, ist ungefährlich, bringt keine grossen Beschwerden und ist, bei geeigneten Fällen angewandt, aussichtsreich.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 28.)

- **Ein Fall von Abortivbehandlung der G.** wird von H. Adolphi (Mandschuria) mitgetheilt. Pat. kommt 69 Stunden post coitum in Behandlung; hat leichtes Kitzeln und Brennen in der Harnröhre seit 14 Stunden, Ausfluss erst vor einer Stunde auf Fingerdruck bemerkt. Sofort Injectionen mit 4%iger Protargollösung (1. Injection verbleibt 5 Minuten in der Urethra, die zweite 3, die dritte 2 Minuten) in kurzen Pausen; die ganze Procedur dauert 20 Minuten. Heftige Reaction (Schwellung des Orificium extern., reichlicher, milchig-weisser Ausfluss, heftiges Stechen und Brennen beim Uriniren), die aber bald nachlässt. Am nächsten Tage (nach weiteren 18 Stunden) die gleichen Injectionen, Reaction subjectiv milder, objectiv heftiger (eitriger, leicht blutig tingirter Ausfluss). Nach weiteren 24 Stunden ist der spärliche Ausfluss nur noch ein wenig milchig. Vormittags und abends jetzt je eine Injection (5 Minuten) mit 1%iger Protargollösung. Keine Reaction. Es folgt wasserklare Secretion. Jetzt 2—3 mal täglich Injection (1 Minute) mit Zinc. sulfocarboic. (1½%). Zu Beginn der 2. Behandlungswoche Secretion völlig weg, Harnröhre absolut trocken. Entlassung aus der Behandlung.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1904 No. 35.)

Hernien. Die Behandlung der H. mit Alkoholinjectionen empfiehlt Dr. Brodnitz (Frankfurt a. M.). Derselbe hat während 1¾ Jahre 73 Fälle von Leistenhernien dieser Behandlung unterzogen; die Injectionen wurden jeden 2. resp. 3. Tag

in die Umgebung des Leistencanals gemacht, indem der Zeigefinger unter Mitnahme der Haut in den Canal zum Schutze des Samenstranges und zur Orientirung über die Injectionsstelle eingeführt wurde. Bei Kindern wurde 0,5—1 g absoluter Alkohol, bei Erwachsenen 3—5 g in jeder Sitzung injicirt. Nachdem etwa durch 4—6 Injectionen bei Kindern und 8—10 Injectionen bei Erwachsenen eine gleichmässige Schwellung und Verdickung des den Bruchcanal umgebenden Gewebes erzielt war, welche es dem Finger unmöglich machte, in den Bruchcanal einzudringen, auch beim Husten ein Hervortreten von Bruchinhalt nicht mehr zu constatiren war, wurde fortan nur wöchentlich 1 mal die Injection während etwa 2—3 Monate fortgesetzt, bis allmählich an Stelle der Schwellung und Verdickung eine Vernarbung des Gewebes eintritt, die sich ausser dem Gefühl auch darin äussert, dass die Injection nur noch mit grösserer Kraftentwicklung ausgeführt werden kann. Autor berichtet nun über die Resultate von 45 Fällen, bei denen mehr als 6 Monate nach der erfolgten Heilung verflossen waren. Unter 19 Fällen mit grossen Brüchen, bei denen die Bruchpforte für ein bis zwei Finger passirbar war und beim Husten Intestina bis in das Scrotum traten, waren vier Recidive = 21 %. Die Bruchpforte war zwar für den Finger nicht passirbar, allein beim Husten drängten gegen den der Bruchpforte angelegten Finger deutlich Intestina an. Von zehn Fällen, in welchen die Bruchpforte zwar weit war und der eingeführte Finger beim Husten und Pressen ein Anschlagen von Intestina verspürte, welche auch in den Leistencanal eintraten, um jedoch wieder zurückzuschlüpfen, kein Recidiv. Bei 16 Kindern im Alter von 6 Wochen bis 3 Jahren kein Recidiv. Die Behandlung wurde bis auf vier Fälle ambulant geführt, das Bruchband musste natürlich bis zur völligen Heilung getragen werden.

Autor fasst seine Erfahrungen dahin zusammen:

Durch systematisch durchgeführte Alkoholinjectionen kann auch ambulant ein Verschluss der Bruchpforte erzielt werden; die Dauerresultate, welche durch diese Methode erzielt werden, können jedoch nicht mit denen der bewährten Radicaloperationen concurriren.

Die Behandlung mit Alkoholinjectionen ist anzuempfehlen:

1. bei Kindern,
2. bei Leuten mit Bruchanlage, welche das Tragen eines Bruchbandes erforderlich macht.

3. bei Leuten mit Brüchen, die durch Bruchbänder nicht zurückzuhalten sind und bei welchen eine Operation aus irgendwelchen Gründen contraindicirt ist; hier erzielt man zum wenigsten eine Verkleinerung der Bruchpforte, so dass mit einem leichten Bruchbände der Bruchinhalt zurückgehalten wird,
4. bei messerscheuen Pat., die das Unsichere und Langdauernde der Injectionsbehandlung dem sicheren, operativen Verfahren vorziehen.

(33. Congress der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. —
Beilage zum Centralblatt f. Chirurgie 1904 No. 27.)

Intoxicationen. Ueber Belladonna-Vergiftungen in der

augenärztlichen Praxis berichtet Dr. J. Fejér (Sct. Margarethen-Hospital Budapest) und erzählt folgende Erlebnisse. Ein 35jähriger Arzt kam mit Sehstörungen. Es handelte sich zweifellos um Accommodationslähmung, deren Aetiologie zunächst unklar blieb, bis es dem Pat. schliesslich einfiel, dass er gegen Appetitlosigkeit Extract. Bellad. eingenommen habe in folgender Form:

Rp. Extr. Bellad. 0,1

Pulv. rhei.

Natr. bicarb. aa 5,0

S. Vor der Mahlzeit 1 Messerspitze voll zu nehmen.

Die krankhaften Symptome traten nach mehrtägigem Gebrauch dieses Schachtelpulvers ein. Vielleicht war dasselbe nicht gut verrieben, und es befand sich in einer der eingenommenen Dosen eine zu grösse Menge von Extract. Bellad. Es erscheint daher nicht rathsam, dieses Medicament so zu verordnen, vielmehr gebe man es nur in abgetheilten Einzeldosen. — Fall 2 betrifft eine 5 tägige temporäre Blindheit bei einer 36jährigen Pat. Autor konnte bei der Kranken, die seit 3 Tagen absolut nichts sieht, objectiv nichts entdecken, was diese totale Blindheit erklärte, und er dachte daher an hysterische oder uraemische Blindheit. Doch diese Zustände konnten bei dem Fehlen aller sonstigen Erscheinungen ausgeschlossen werden. Es ergab sich endlich, dass die an Magengeschwür leidende Pat. folgende ihr vom Arzte verschriebene Ordination ohne Befragen desselben 3 mal wiederholt hatte:

Rp. Bismuth. subnitr. 10,0

Extr. Bellad. 0,6

M. f. p. div. in Dos. No. 20

S. 3 Pulver täglich.

5*

Pat. hatte also 60 Pulver, a 0,3 Extr. Bellad., im Ganzen 170—180 ctg davon genommen. Autor sistirte natürlich sofort das weitere Einnehmen, nach 3 Tagen kehrte die Sehkraft bereits etwas wieder und besserte sich dann stufenweise weiter. Belladonna und Atropin sind Nervengifte; die Wirkung des letzteren besteht darin, dass es die Nervenendigungen lähmt. Auch im 1. Falle hat das aus dem Magen resorbierte Gift einzig und allein die inneren Muskeln des Auges oder richtiger deren Nerven angetroffen, wobei die übrigen Organe verschont blieben. Auch im 2. Falle handelte es sich ausschliesslich um Schädigung des Sehnerven, sonst zeigten sich keine Krankheitserscheinungen. Es stellt eben das Auge bei dieser Intoxication einen Locus minoris resistentiae dar. Die temporäre Blindheit war nur mit einer acuten, interstitiellen Entzündung oder mit einer Circulationsstörung (Anaemie, Oedem) des N. opticus zu erklären, wobei diese Veränderung nur die Leistungsfähigkeit der Nervenelemente zeitweise aufhob. Die Pat. nahm im Laufe von 3 Wochen 170 bis 180 ctgr Extr. Bellad., pro die 9 ctgr, eine nicht übertrieben grosse Dosis. Vielleicht hat auch hier das eine oder andere Pulver mehr Extr. Bellad. enthalten. — Fall 3 war eine acute Atropinvergiftung durch Augentropfen, die Autor einer Pat. verschrieben hatte, und welche auf 10 g Wasser 10 ctgr Atropin und 20 ctgr Cocain enthielt. Nach einigen Einträufelungen traten ziemlich heftige Intoxicationssymptome auf, die aber auf eine Morphinum-injection zurückgingen. Es handelte sich offenbar um eine Idiosynkrasie gegen Atropin.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 32.)

- Einen **Fall von Vergiftung mit „Schlafthee“ mit tödtlichem Ausgange** publicirt Dr. O. Köhl (Naila) und zeichnet im Anschluss an diesen Fall ($\frac{3}{4}$ jähriges Kind, dem die Eltern, um ihrem Vergnügen nachgehen und es beruhigt zu Hause lassen zu können, „Schlafthee“ gaben) den unerhört sträflichen Leichtsinn, der beim Publikum mit dem „Schlafthee“ (Absud von Mohnköpfen) und „Schlafsaft“ getrieben wird. Diese Dinge werden nicht nur von Apothekern und Drogisten, sondern manchmal auch von Krämern feilgehalten und in colossalen Mengen abgesetzt. Dem müsste ein Ende gemacht werden, zumal sicher viele Todesfälle bei Kindern, die anderen Ursachen zugeschoben werden, auf Rechnung solcher von den Eltern ohne Kritik und Maass verabfolgter Beruhigungsmittel zu setzen sind.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 30.)

- **Ueber einen Fall von spastischer Spinalparalyse infolge einer Bleivergiftung** berichtet Dr. C. Bechtold (Frankfurt a. M.). Ein 45jähriger Weissbinder kommt mit den typischen Symptomen einer Bleivergiftung und der spastischen Spinalparalyse zur Aufnahme. Beim Mangel jedes anderen aetiologischen Momentes für letztere Affection konnte man von vornherein beide Krankheitszustände in Connex zu einander bringen, zumal spastische Spinalparalyse auch anderen Intoxicationen ihre Entstehung verdanken kann (z. B. der Vergiftung mit Kichererbse), dasselbe Krankheitsbild auch bei der Pellagra manchmal in den Vordergrund tritt, und auch bei Bleivergiftungen schon mehrfach beobachtet wurde. Da in obigem Falle trophische und sensible Störungen vollständig fehlten, so kann man auch annehmen, dass nur eine Störung des centralen Abschnittes der motorischen Leitungsbahnen, und zwar der Pyramidenbahnen vorlag. In der Regel werden ja durch Bleivergiftung nur die peripheren Abschnitte des Nervensystems betroffen, aber auch andere Theile können befallen werden, alle möglichen Krankheitsbilder zustande kommen. So ist schon Tabes dorsalis, sogar progressive Paralyse auf Bleivergiftung zurückgeführt worden. Man muss diese aetiologischen Beziehungen kennen und evtl. nach ihnen fahnden, da in frischeren Fällen, wo noch keine Degeneration zustande gekommen ist, durch prophylaktische Vorschriften und geeignete Behandlung gute therapeutische Erfolge zu erzielen sind. Auch obiger Pat. wurde wesentlich gebessert entlassen und kann vielleicht, wenn er die ihm gegebenen Vorschriften beachtet, noch vollständig genesen.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 37.)

- Magen- und Darmkatarrhe.** Tannigen bei Diarrhoeen der Kinder empfiehlt warm Oberarzt Dr. W. Siebold (Petersburg). Er wandte das Präparat bei 42 Fällen an mit nur *einem* Misserfolg. Besonders zuverlässig, geradezu specifisch wirkt das Mittel bei den Sommer-Diarrhoeen der Säuglinge. Aber auch bei chronischen Durchfällen waren die Resultate zufriedenstellend.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1904 No. 30).

- **Styracol, eine Verbindung von Zimmtsäure und Guajacol, als inneres Desinficiens und Antidiarrhoicum**, empfiehlt Dr. H. Engels (Berlin). Das Präparat (Knoll & Co.) ist geruch- und geschmacklos, in Wasser und verdünnten

Säuren so gut wie unlöslich, passirt daher den Magen unzersetzt und entfaltet hier keine schädigende Wirkung; im Darmcanal wird es schon innerhalb der ersten 24 Stunden nahezu vollkommen resorbirt und in seiner gesammten Menge im ganzen Darmcanal zur Entfaltung seiner Wirkung gebracht. Diese Eigenschaften liessen das Präparat für die Behandlung von Durchfällen a priori sehr geeignet erscheinen. Thatsächlich fand Autor auch in fast allen Fällen die Peristaltik herabgesetzt; die dem Guajacol eigenthümliche anaesthesirende Wirkung zeigte sich darin, dass Coliken und Tenesmen sehr bald nachliessen; vorher schreiende Kinder wurden ruhig; die Häufigkeit der Entleerungen, die Hypersecretion und katarrhalische Exsudation wurden vermindert, der faulige Geruch der Faeces verlor sich, letztere dickten ein und wurden spärlicher, Appetit und Kräfte hoben sich. Als zweckmässige Dosirung ergaben sich bei Säuglingen 4malige Tagesdosen von 0,25, bei älteren Kindern 3malige von 0,5, bei Erwachsenen 3—4malige von 1 g; bei nicht sofort eintretendem Erfolge kann man aber unbedenklich alle 2—3 Tage 0,25—0,5 pro dosi hinzulegen bis 6 g. Nach Beseitigung der Erscheinungen gebe man die halben Dosen noch 3 Tage weiter. So wurden zahlreiche Fälle von einfacher Enteritis catarrh. acuta bei Säuglingen und älteren Kindern behandelt, und zwar mit bestem Erfolg. Auch bei mehr subacuten Fällen war die Wirkung bei Kindern und Erwachsenen eine prompte, nicht minder war ein günstiger Einfluss bei chronischen Katarrhen (tuberculösen) zu constatiren. Bei allen Gährungs- und Fäulnissprocessen im Magendarmcanal (aber auch in der Blase) dürfte Styracol sich als recht nützlich erweisen.

(Die Therapie der Gegenwart, August 1904.)

Milzbrand. Schwere Milzbranderkrankung, geheilt durch subcutane 2%ige Collargoleinspritzungen, unter diesem Titel theilt Dr. R. Wagner (Bautzen) folgenden Fall mit: 31jähriger Landwirth inficirte sich beim Abhäuten einer plötzlich gefallenen Kuh am 31. VII. am linken Arm. Es entstanden 3 schwarze Pusteln. Sofort ärztlicherseits Excidiren resp. Ausbrennen der Infektionsstellen, Suspensionsverband, Alkoholumschläge. Trotzdem Fortschreiten der Phlegmone und stetige Verschlimmerung des Allgemeinbefindens. Am 7. VIII. sah Autor zum 1. Male den Kranken. Temper. mittags 40,3°, Puls 142, Angstgefühl, erschwerte Athmung, etwas Benommensein, grosse Schmerzen, Schlaf-

losigkeit, seit 1 Woche völlige Nahrungsverweigerung; Gesichtsfarbe cyanotisch; linker Arm bis in die Achselhöhle bläulich verfärbt und unförmig hart geschwollen, Schultergegend und Musc. pect. maj. infiltriert und schmerzempfindlich; Haut am Unter- und Oberarm mit markstückgrossen, missfarbenen Blasen besetzt, aus denen sich bläuliche oder wässrige Flüssigkeit entleert. Sofort (12 Uhr mittags) werden 15 ccm einer 2%igen Collargollösung rings um den Oberarm an 5 Stellen zu 3 ccm subcutan injicirt, ausserdem im Laufe des Nachmittags noch 5 g Ung. Credé am anderen Arm und Oberschenkel eingerieben. Nachmittags fühlte sich Pat. schon wohler und schmerzfreier. Abends Temp. 38°, bedeutende Erleichterung, verlangt zum 1. Mal zu essen. Am nächsten Morgen Temp. 37,5°, Puls 92, Pat. wohlauf, hat zum 1. Male gut geschlafen, Arm auffallend abgeschwollen, Infiltration des Pector. maj. völlig geschwunden. Weiter fortschreitende Besserung, am 13. VIII. Heilung.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1904 No. 37.)

Pneumonie. Die Beziehungen zwischen Herpes und croupöser Pneumonie studierte Dr. Riehl (Kissingen) an 481 in den letzten 10 Jahren im Krankenhause München l. d. J. zur Behandlung gekommenen Fällen von P. und gelangte auf Grund dieser Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

Der Herpes kommt in ca. 30—40 Proc. von croupösen Lungenentzündungen vor, und zwar viel häufiger beim männlichen als beim weiblichen Geschlechte.

Bei ein und demselben Individuum bricht Herpes fast durchweg nur einmal aus; meistens tritt er am 3. oder 4. Erkrankungsstage auf.

Local am häufigsten erscheint er im Gebiet des 2. und 3. Trigeminusastes, besonders des N. infraorbitalis. Im Bereich des 1. Trigeminusastes (Auge, Stirn) findet er sich selten. Atypische Localisationen am Hals, Stamm (After, Kreuzbein) und Extremitäten gehören zu den Ausnahmefällen.

Die Pneumonien des Kindes- und des Greisenalters verlaufen fast immer ohne Herpesbildung.

Die leichtesten Fälle von Pneumonie charakterisiren sich meist durch ausgedehnte, starke Herpesbildung. Schwere Lungenentzündungen dagegen, die letal enden, zeigen in 90 Proc. keine Entwicklung von Herpesefflorescenzen. Bis zu einem gewissen Grade also hat die prognostische Bedeutung des Herpes ihre volle Berechtigung.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 25.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Ueber die

Extraction des hochstehenden Kopfes mit der gewöhnlichen Zange berichtet Dr. A. Calmann (Hamburg). Die Achsenzugzangen sind durchaus entbehrlich, wenn man zurückkehrt zu den sogen. *stehenden Tractionen*, die Osiander schon 1802 empfohlen hat mit den Worten: „Steht der Kopf über oder in dem Eingang des Beckens, ist die Neigung der Beckenachse über 40^0 , ist das Becken oben oder in der Mitte eng, ist der Kopf auf irgend eine Weise fest eingekeilt, mit dem Gesicht nach der Seite oder nach vorn gekehrt etc., so kann er nur durch stehende, d. i. durch stehend verrichtete Züge in das Becken gebracht, unter den Schossbogen gezogen oder überhaupt gehörig fortbewegt werden“. Und weiter: „Stehende Tractionen, eine Erfindung von mir, sind Züge, bei denen die eine Hand die untere Hälfte des Griffes von unten her fasst und mit offenen Hakenriegeln fest zusammendrückt, die andere Hand aber in der Gegend der Achse sich feststemmt und durch einen senkrechten, so kräftigen Druck als möglich unter kleinen Zirkelbewegungen mit der unteren Hand den Kopf in die Tiefe der Beckenhöhle herabzubringen sich bemüht, während der Geburtshelfer seitwärts zwischen den Füßen der Gebärenden mit vortretendem Fusse feststeht und mit vorgebücktem Körper die ganze Muskelkraft desselben gleichsam auf seine Arme concentrirt.“ Bei der Ausführung dieses Handgriffes hat Autor selbstverständlich auf die kleinen Zirkelbewegungen verzichtet, sodann hat er sich in der Anwendung der Muskelkraft denn doch einige Beschränkung auferlegt. Das Wesentliche dieses ganzen Vorgehens liegt nun darin, dass die Griffe der Zange durch die von unten her sie umgreifende Hand in die Höhe gedrängt und von dem Damme vollständig ferngehalten werden. Dieselbe Hand hat auch die Aufgabe, den nöthigen Druck auf die Griffe auszuüben, der die Löffel dauernd genügend an den Kindskopf presst, um ein Abgleiten zu verhüten. Sie bildet dadurch einen Ersatz der Fixationsschraube an der Achsenzugzange; sie arbeitet jedenfalls vollkommener und weiss leichter der wechselnden Situation gerecht zu werden als ein todter Apparat. Gleichzeitig mit den Tractionen kann der Druck einsetzen und ebenso mit ihnen aufhören, während an der Achsenzugzange jedesmal erst die Schraube angezogen oder nachgelassen werden muss. Der feine Muskelsinn gestattet eine viel genauere Abstufung der anzuwendenden Kraft, die, sich der Stärke des Zuges anschmiegend, mit ihm

ansteigen und sinken muss. So wird das Kind viel mehr geschont als unter der starren Einwirkung der Schraube. Diese Hand dient endlich auch als Unterstützungspunkt des einarmigen Hebels, den wir in der Zange haben, wenn wir die rechte von oben her drückende Hand als Kraft, den Kindesschädel als Last anerkennen. Dass diese Kraft senkrecht zur Last angreifen kann, dass sie der Fortbewegung des Kopfes die ausgesprochene Richtung nach hinten unten giebt, darin liegt das Wesentliche des Verfahrens. Aus dem Umstand, dass der Kopf nach hinten unten und nicht gleichzeitig gegen die vordere Beckenwand gezogen wird, dass er im Gegentheil von ihr nach der entgegengesetzten Richtung weggedrückt wird, ergiebt sich eine bedeutende Krafterparniss. Andererseits ist es für den Geburtshelfer viel leichter, seine Kraft auszunützen, wenn er sich stehend auf die Zange stützt, als wenn er knieend oder niedergekauert — bei niedrigen Betten muss man sich fast auf den Boden legen — aus Leibeskräften zieht. Um so sparsamer und vorsichtiger muss er andererseits den Kraftaufwand bemessen. Die Ausführung im einzelnen Falle gestaltet sich folgendermaassen: An dem im Beckeneingange stehenden Kopfe, der bereits fixirt sein muss, wird die Zange im queren Durchmesser angelegt bei Steissrückenlage der Gebärenden. Dann wird die Frau in die Walcher'sche Hängelage gebracht, nach einem kräftigen Probezug dreht man der Frau den Rücken zu zwischen oder vor ihren Beinen oder auch links von ihnen stehend; die linke Hand umfasst die Griffe von unten her, die rechte stützt sich auf die Zange, sie zwischen Schloss und Löffeln von oben her umgreifend. Je kleiner die Zange, je geringer der Abstand zwischen Löffel und Schloss ist, desto mehr muss sich die obere rechte Hand der unteren linken nähern. Bei sehr kurzen Instrumenten kann das Schloss noch in der Scheide zu liegen kommen, dann muss sich unter Umständen die rechte Hand noch vor dem Schloss auf den Griffen Platz suchen und kann erst weiter nach oben rücken, wenn die ersten Tractionen den Kopf etwas heruntergebracht haben. Die Traction bezw. der Druck wird genau wie die gewöhnlichen Züge gleichmässig anschwellend, eine Zeitlang auf der Höhe bleibend und wieder abschwellend, womöglich während einer Wehe durchgeführt. Die linke Hand hält sich völlig ruhig in solcher Höhe, dass die Griffe vom Damme entfernt bleiben; zugleich drückt sie diese mit der nöthigen Gewalt zusammen. Zur Unterstützung lässt man durch einen Assi-

stenten oder die Hebamme in bekannter Weise einen Druck von obenher auf den Kopf ausüben. Bezüglich der Zahl der Tractionen lassen sich keine Regeln aufstellen, so wenig wie bei der Ausführung der gewöhnlichen Zange. In des Autors 4 Fällen genügten je einmal 1, 2 und 3 Tractionen und einmal wurden 4 nöthig. Sobald der Kopf die Beckenenge überwunden hat, wird die Kreissende in Steissrückenlage gebracht, die Zange abgenommen und aufs neue an den auf dem Beckenboden stehenden Kopf zur Beendigung der Extraction regelrecht angelegt. In allen Fällen hat Autor vor der Anlegung der Zange noch einen Versuch der Impression des Kopfes in der Hängelage gemacht, in 3 Fällen in tiefer Narkose; er hat auf Stirn und Hinterhaupt gedrückt und zugleich oberhalb der Symphyse einen gegen das Promontorium gerichteten Druck durch die assistirende Person ausüben lassen. Alles ohne Erfolg! Ebenso versuchte er es mit den herkömmlichen Tractionen, ohne auch nur das leiseste Vorwärtsrücken des Kindestheiles erzielen zu können. Um so überzeugender war in sämmtlichen 4 Fällen der Erfolg der stehenden Tractionen, der den Autor zu dem Entschluss bestimmt hat, in Zukunft von vornherein von ihnen Gebrauch zu machen, wenn die Indication für eine hohe Zange gegeben ist. Allerdings entstanden 3 mal Dammrisse. Sie traten jedoch erst ein, als der Kopf über den Damm entwickelt wurde, zum Theil sogar erst nach Abnahme der Zange. Auf diese Rupturen musste man von vornherein rechnen, da der Kopf der gefährdeten Kinder möglichst schnell über den noch völlig unvorbereiteten und ungedehnten Damm gebracht werden musste. Den stehenden Tractionen fallen also diese Verletzungen nicht zur Last. Darin liegt ja ein besonderer Vorzug des Verfahrens vor den gewöhnlichen Tractionen und auch vor den Achsenzugzangen, deren Zugapparat sich doch manchmal in den Damm eingräbt, wenn auch nicht in solcher Ausdehnung, wie bei den gewöhnlichen Zangen am hochstehenden Kopfe und bei den üblichen Tractionen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1904 No. 28.)

- In zwei Fällen von **Vomitus gravidarum** gab Dr. P. Ehebald (Ditzingen) mit zufriedenstellendem Erfolg *Validol* (3 mal täglich 10 Tropfen auf Zucker).

(Therap. Monatshefte, Juli 1904.)

- **Acute gelbe Leberatrophie im Puerperium** beobachtete Dr. R. Cohn (Allerheiligen-Hospital Breslau). 30jähr. Frau erkrankt 5 Tage nach ihrer fünften, völlig spontan verlaufenen Entbindung mit hohem Fieber und Schüttelfrost. Nachdem sich die Schüttelfröste mehrmals täglich wiederholt, Aufnahme ins Hospital am 9. Tage des Wochenbetts mit $39,8^{\circ}$ Temperatur. Localer Befund negativ. Uterusausspülungen mit Lysol und 50%igem Spiritus bezüglich des Fiebers ohne Erfolg, ebenso intravenöse Collargol-injectionen. Temperatur blieb bei subjectivem Wohlbefinden und absoluter Euphorie 9 Tage über 39° , hielt sich dann 5 Tage zwischen 39 und 38° und blieb dann 3 Tage normal. Dann plötzlich an 2 aufeinander folgenden Tagen Schüttelfröste und Fieber über 40° , darauf dauernd normale Temperatur. Pat. fühlte sich bis auf geringe allgemeine Schwäche durchaus wohl und durfte nach einer Woche (am 34. Tage des Wochenbettes) aufstehen. 10 Tage später geheilt entlassen. Seit 3 Tagen allerdings mässiger Icterus, dem keine Bedeutung beigemessen wurde, da sein Auftreten öfters im Anschluss an Puerperalfieber beobachtet wird. 3 Tage nach der Entlassung Wiederaufnahme der Pat., die in dieser Zeit vollkommen icterisch geworden war und seit der Nacht bewusstlos, phantasirend dalag. Sie starb nach kurzer Zeit, ohne das Bewusstsein wieder erlangt zu haben. Die Section ergab acute gelbe Leberatrophie und folgenden interessanten Befund an den Beckengefässen: „Während die linke Vena spermatica, die sich bis in die linke Vena renalis verfolgen lässt, überall frei, ihre Intima zart und glatt ist, ist die rechte Vena spermatica in einen bleistiftdicken, soliden Strang verwandelt. Auf der Schnittfläche erscheint sie durch trockene, theils gelbgraue, theils grünschwarze, bröcklige Massen völlig ausgefüllt. Desgleichen ist die Vena cava inferior in der ganzen Weite ihres Lumens bis zur Einmündung der linken V. renalis durch zum grössten Theil organisirte, schwarzgelbe Massen ausgefüllt. Auch beide Venae hypogastricae sind durch bereits in Organisation begriffene Thromben in ganzer Ausdehnung verstopft.“ Acute gelbe Leberatrophie im Puerperium ist eine höchst seltene Affection, in der Gravidität ist sie häufiger. Ueber die Aetiologie ist man noch im Unklaren. Lues lag bei obiger Pat. sicher nicht vor. Allgemein nimmt man wohl jetzt als Aetiologie für die acute gelbe Leberatrophie eine Infection des Organismus an. Auch in dem beschriebenen Falle ist die Erkrankung jedenfalls auf diese Weise entstanden,

und zwar sind wohl als Beginn der Lebererkrankung die beiden Tage anzunehmen, an denen nach vorübergehender normaler Temperatur plötzlich wieder Schüttelfröste mit hohem Fieber auftraten. Ob die Lebererkrankung durch im Blute kreisende Streptokokken oder durch die Fortsetzung der Thrombose in der Vena cava inferior bis zur Einmündung der Lebervenen hervorgerufen wurde, lässt sich schwer entscheiden. Embolien oder Thromben in den Lebergeßäßen wurden nicht gefunden. Nimmt man die Infection durch einen Thrombus an, so liegt der Gedanke nahe, dass eine event. Trendelenburg'sche Operation die Leberaffection und den Exitus hätte verhüten können. Im Hinblick auf die ausgedehnten Thrombosen, die weit bis in die Vena cava inf. reichten und beide Venae hypogastricae erfüllten, wäre aber wohl eine solche Operation, die ja über der Einmündung der linken Vena renalis hätte gemacht werden müssen, hier nicht möglich gewesen. In einem früheren Stadium der Erkrankung, in dem die Thrombose als noch nicht so weit fortgeschritten anzusehen wäre, lag bei dem gutartigen Verlaufe kein Grund zu einer so eingreifenden Maassnahme vor, und der weitere Verlauf setzte zu plötzlich ein, um die Operation noch zuzulassen.

(Centralblatt f. Gynaekologie 1904 No. 34.)

Syphilis. Mundwassertabletten hat Dr. Edm. Saalfeld (Berlin) herstellen lassen, damit Pat., die bei der Syphilisbehandlung ihrer Beschäftigung nachgehen, bequem das zur Mundpflege nöthige Material bei sich führen können. Es gelang Dr. Laboschin (Victoria-Apotheke, Berlin SW, Friedrichstr. 19) solche Tabletten herzustellen aus *Boral*, einer Doppelverbindung von Aluminium mit Bor- und Weinsteinsäure, die, wie bakteriologische Untersuchungen ergaben, völlig zur Antisepsis der Mundhöhle genügt, ungiftig ist und Zähne wie Mundschleimhaut nicht schädigt. Autor hat sehr gute Erfahrungen mit diesen Tabletten (1—2 Stück auf ein Glas Wasser) gemacht und kann sie auch sonst für die Mundpflege (besonders auf Reisen) bestens empfehlen.

(Therap. Monatshefte, Juli 1904.)

- In einem Artikel: **Circumcision und Syphilis-Prophylaxe**, kommt Dr. H. Löb (Mannheim) zu folgenden Schlüssen:
Der Reinhaltung des Penis, der Verhütung und Behandlung des Balanitis ist vom Standpunkte der Prophylaxe der Syphilis eine viel grössere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Die Circumcision ist im Stande, bei unserer städtischen Bevölkerung die Häufigkeit der Syphilisinfection auf über die Hälfte ihrer jetzigen Ausbreitung (von 39,1% der Geschlechtskranken auf 15,9%) zu vermindern.

Es ist deshalb in allen Fällen, in denen aus beliebigen Gründen die Circumcision in Erwägung gezogen wird, deren Ausführung zu befürworten.

Ein Zustand, der den durch die Circumcision geschaffenen günstigen Verhältnissen nahekommt, kann von den meisten geschlechtsreifen Männern dadurch herbeigeführt werden, dass sie das Praeputium hinter die Glans zurückgestreift tragen, ein Umstand, auf den von maassgebenden Factoren bei passenden Gelegenheiten erhöhte Beachtung verwendet werden sollte.

(Monatsschrift f. Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene. Juli 1904.)

- **Zur Klinik der Syphilide** giebt Prof. E. Finger (Wien) seine Erfahrungen zum besten. Das erste Exanthem charakterisirt sich, unbeschadet seiner Form, durch eine grosse Anzahl von ziemlich gleich grossen Efflorescenzen, die meistens nur eine geringe Grösse erreichen und diffus über den Körper in einer vom Stamm nach den Extremitäten abnehmenden Dichte verstreut sind, keine Gruppierung, an den Stellen, an denen die Spaltbarkeit der Haut eine ausgeprägte ist, wie am Rücken und den Seitentheilen des Thorax aber eine Anordnung nach der Spaltrichtung der Haut zeigen. Demgegenüber charakterisiren sich die Recidivexantheme, deren erstes um das erste Halbjahr nach der Infection aufzutreten pflegt, meist dadurch, dass bei denselben die Zahl der Efflorescenzen eine geringere, deren Grösse eine bedeutendere ist, dass dieselben eine ausgesprochene Neigung zeigen, in Gruppen, Kreisen und Kreissegmenten aufzutreten, dass aber auch die einzelne Efflorescenz die Neigung zur Ringbildung hat, ein mehr weniger grosses Fleckchen normal scheinender oder höchstens etwas pigmentirter Haut einschliesst. Diese Ringbildung der einzelnen Efflorescenz kann auch zustande kommen, wenn diese längere Zeit besteht, wo dann der centrale Theil abheilt, die Efflorescenz unter Ausbreitung nach der Peripherie Ringform annehmen kann. Bekannt ist auch das Uebergehen der einzelnen Formen, der Macula in Papeln, dieser in Pusteln, das Auftreten von Mischformen (Roseola papulosa, Erythema papulatum et lenticulatum etc.). Wenn nun auch diese Charakteristica des ersten und der Recidivexantheme für die meisten Fälle stimmen, so giebt es doch

Ausnahmefälle. So kommt es vor, dass *recidivirende Syphilide* noch vollständig die Charaktere des ersten Exanthems zeigen, aus zahlreichen kleinen disseminirten maculösen oder papulösen Efflorescenzen bestehen. Autor beobachtete einen Fall, wo das erste und zweite Recidiv einer Roseola, ersteres $\frac{1}{2}$ Jahr nach der Infection, das zweite im zweiten Jahre nach derselben, in jeder Beziehung vollständig dem ersten Exanthem glich. In einem anderen Fall sah er bei einem Pat., dessen erstes Exanthem eine Roseola darstellte, mehrere Monate später ein spärliches lenticuläres papulöses Syphilid, dessen Knötchen zerstreut, ohne Andeutung von Gruppierung völlig einem ersten Exanthem gleichen. So etwas muss man wissen, um nicht einmal fälschlich eine Reinfection zu diagnosticiren. Bei der *ersten Roseola* werden 2 *Formen* unterschieden, eine *klein- und grossfleckige*. Bei der *ersteren* sind die Efflorescenzen linsen- bis nagelgliedgross, haben stets eine mehr blassrosaroth Farbe, sich selbst überlassen schwinden sie spontan, es geht aber eine und die andere Efflorescenz in eine lenticuläre Papel über oder trägt wenigstens im Centrum eine kleine Papel. Bei der *grossfleckigen* Roseola sind die Efflorescenzen ein- bis zwanzighellerstückgross, die frischen Flecke sind rosenroth, nehmen bald eine livide bläulich-bräunliche Färbung an, sodass man an demselben Individuum zuweilen gleichzeitig rosa- und bläulichrothe Efflorescenzen sehen kann, ähnlich wie bei Lichen syphiliticus frische rosaroth und ältere braunrothe Knötchen gleichzeitig vorhanden sind. Diese Roseola ist stets rein maculös, hat nie die Neigung, im Centrum ein kleines Papelchen zu tragen oder in eine Papel überzugehen. Bei spontanem Verlauf vergrössern sich die Flecke, verwaschen, ihr Centrum blasst ab, nimmt normale Hautfarbe an, sie confluiren theilweise und wenn wir dann den Patienten mit einer 4 bis 5 Monate alten vernachlässigten und bisher nicht behandelten Lues sehen, zeigt er den Initialaffect oder dessen Narbe, recentere Drüsenschwellungen, nässende und zerfallende Papeln an Genitale, Anus, Mundschleimhaut und das oben beschriebene, oft recht verwaschene, einer Cutis marmorata ähnliche Exanthem, dessen ringförmige Flecke am Rücken und den Seitentheilen des Thorax noch die deutliche Anordnung nach der Spaltrichtung der Haut zeigen. Bei Unkenntniss dieses Verlaufes könnte man dann zur Diagnose Recidiv-Roseola und damit zur Annahme älterer Erkrankung kommen. Aber auch die erste Recidive einer Roseola, wenn die Zahl der Efflorescenzen

noch gross ist, kann ein ähnliches Bild geben. Vor Verwechslung schützt die Beachtung der Thatsache, dass bei derselben schon die frisch aufgetauchte, blassrothe, heller- bis kreuzergrosse Efflorescenz Ringform darbietet, während im ersteren Falle, bei länger bestehendem ersten Exanthem, alle Efflorescenzen älter, also bläulichroth sind. Manche Autoren unterscheiden zwischen der Recidivroseola, die der eben beschriebenen Form entspricht und der sogenannten tardiven Roseola, die Fournier's tertiärer Roseola entspricht und sich äussert in dem Auftreten spärlicherer grosser, ringförmiger, sattrosenrother, ziemlich scharf contourirter Flecke. Wenn das Epitheton „tardiv“ ein besonders spätes Auftreten dieser Roseola orbicularis andeuten soll, so ist es nicht am Platze, denn wenn auch die Thatsache, dass diese Form sehr spät, selbst 10 und 15 Jahre nach der Infection noch auftreten kann, feststeht, so ist es nicht minder sicher, dass diese orbiculäre Roseola schon als erste Recidive Mitte des ersten Jahres nach der Infection sich zu entwickeln vermag. Interessant ist die Hartnäckigkeit, mit der diese Form bei demselben Individuum mehrmals recidivirt.

Was die Mischformen zwischen Roseola und Papel betrifft, so werden in den Lehrbüchern meistens jene als Erythema papulatum bezeichneten Formen beschrieben, die darin bestehen, dass das Centrum der Roseola sich zu einem hirsekorn- bis linsengrossen bräunlichrothen Knötchen erhebt. Wenig beachtet wird die Umwandlung einer Roseola in einen gruppirten Lichen syphiliticus. Stets handelt es sich hier um schlecht genährte, scrophulo-tuberculöse Individuen, die bedeutende universelle Polyadenitis zeigen und als erstes Exanthem zunächst eine kleinfleckige, blassrothe Roseola darbieten. Unbehandelt, aber auch unter der Behandlung, treten auf jedem einzelnen, sich allmählich etwas vergrössernden Roseolafleck zunächst dicht gedrängte, gelbbräunliche, stecknadelkopfgrosse Knötchen auf, die dem Roseolafleck ein chagrinirtes Aeussere geben. Indem die Infiltration dieser Knötchen zunimmt, andererseits die Röthe der Roseola abnimmt und abklingt, resultirt daraus ein Bild derart, dass der Stamm, insbesondere der Rücken der Patienten besät ist mit zahlreichen heller- bis kreuzergrossen Plaques, die rund, oder an den Stellen mit ausgesprochener Spaltbarkeit oval sind, mit der Längsachse in der Richtung der Spaltbarkeit, und dass jede einzelne solcher Plaques aus hirsekorn-, zuweilen auch bis linsengrossen, gelbbraunen oder braunrothen Papeln besteht, die zum Theile auch schuppen. Was die papulösen Exantheme

betrifft, so erwähnt Autor zunächst einer Abart des lenticulären und grosspapulösen Syphilides, der er mehrmals begegnete. Es handelt sich um die Setzung etwa linsengrosser, umschriebener, elevirter, rosenrother Knötchen mit glatter Oberfläche, die sehr leicht mit Efflorescenzen frischer Psoriasis vulgaris verwechselt werden könnten. Sie sind diesen nicht nur dem Aussehen nach ähnlich, sondern auch darin, dass die glatte Oberfläche bei leichtem Kratzen in weissen Schuppen abzublättern beginnt, der kratzende Finger nicht die Empfindung hat, an einem derben Infiltrate zu kratzen, dass endlich, wenn alle Schuppen beseitigt sind, das unterliegende Gewebe aus zahlreichen Punkten zu bluten beginnt. In einigen Fällen nahm dieses succulente papulöse Syphilid einen eigenartigen Verlauf. In allen Fällen handelte es sich um schlecht genährte oder sonst in der Ernährung abnormale Individuen, Potatoren. Stets war schon der Initialaffect ein bösartiger, sehr ausgebreitet, zerfallend, nekrotisch. In der typischen Zeit erfolgte die Eruption eines mehr oder weniger reichlichen lenticulären Syphilides, dessen Papeln den oben beschriebenen Charakter darboten. Wenn die ziemlich rasch wachsenden Papeln zur Grösse etwa eines Hellers heranwachsen, umgeben sich dieselben, jede einzelne, mit einem oft recht breiten Hof entzündlich gerötheter Haut, der nach der Peripherie allmählich, oft mit strahligen, zackigen Ausläufern ausgeht. Papel und deren Hof vergrössern sich etwas, bleiben dann recht lange stationär. Auf der Oberfläche der Papel kommt es vielleicht zur Schuppung oder zum Zerfall mit Bildung schwarzbrauner Borken. Auf der Oberfläche des Hofes können kleinste lichenoiden Papeln in grösserer Zahl aufschliessen, die Röthe des Hofes abblassen, und wir haben dann als Facit eine grosse centrale Papel von einer unregelmässigen Gruppe kleiner Papeln eingeschlossen, alles das bei einem *ersten* Exanthem. Endlich macht Autor noch auf eine Form *recidivirenden papulösen Syphilides* aufmerksam. Sie besteht darin, dass bei Pat., deren erstes lenticuläres papulöses Syphilid bis auf Pigmentirung abheilte, um jeden Pigmentfleck eine unregelmässige Gruppe lichenoider und lenticulärer Papeln in typischer Weise auftritt. Im Centrum finden wir den linsen- bis hellergrossen, gelbbraunen Pigmentfleck, dieser wird zunächst eingeschlossen von einem etwa $\frac{1}{2}$ —1 cm breiten Hof völlig normaler Haut, und nach aussen von diesem tritt erst die ringförmige contourirte Gruppe von lichenoiden und denticulären Papeln auf.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 37.)

Tuberculose. Das neue Antipyreticum **Maretin** wandte Dr.

W. Kaupe (Medicin. Klinik Bonn) bei 9 Phthisikern an, meist sehr vorgeschrittenen Fällen mit theilweise hohem Fieber. Das Mittel wurde 3—4 Stunden vor dem zu erwartenden Beginn der Temperatursteigerungen gegeben, es wurde aber gelegentlich auch mit der Zeit der Medicamentdarreichung gewechselt, um zu prüfen, ob die Wirkung vielleicht schon nach kürzerer Zeit eintrete. Es wurde festgestellt, dass in fast allen Fällen die Wirkung schon nach 3—4 Stunden, in einigen oft schon nach 2 Stunden eine eclatante war. Die Pat. erhielten gewöhnlich zunächst 0,5 g, und wenn der Erfolg dieser Dosis sich herausstellte, wurde bis auf 0,2 g heruntergegangen. Die Wirkung war bei $\frac{1}{2}$ g fast stets eine sichere, bei 0,3 g dagegen nur eine beschränkte, bei 0,2—0,25 g eine minimale. Mehrfach wurde zweimal täglich (in Zwischenpausen von 4—5 Stunden) 0,5 g gegeben, wodurch die Wirksamkeit erhöht wurde. Die Herabminderung der Temperaturen nach Maretindarreichung war oft eine ganz enorme. Pat., deren Fieberhöhe fast täglich 39—40° betrug, hatten bei Anwendung des Maretins innerhalb von dessen Wirkungsdauer fast stets subfebrile Temperaturen, seltener noch 37,5—37,9°. In einigen Fällen wurden des Vergleiches wegen andere Antipyretica benützt, die aber nicht ebenso prompt wirkten. Fast stets dauerte die Wirkung des Maretins 6—8 Stunden, meist aber länger, bis zu 24 Stunden, an. Nie wurde eine unangenehme Nebenwirkung constatirt. Die Pat. nahmen das fast geschmacklose Medicament sehr gern. Das neue Antipyreticum verdient demnach weiter geprüft zu werden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 27.)

— Ueber **Maretin als Antipyreticum** giebt jetzt auch Dr. G. Helmbrecht sein Urtheil ab auf Grund der damit an der I. inneren Abtheilung des Städt. Krankenhauses am Urban in Berlin gemachten Erfahrungen. Das Mittel wurde 25 mit T. behafteten Pat. gereicht. Die Dosen betrugen gewöhnlich 0,2 — 0,3, ein- bis dreimal täglich oder, wenn damit kein hinreichender Erfolg erzielt wurde, 0,3—0,5 bis zweimal täglich. Misserfolg nur bei sechs Fällen (Pat. in stark vorgeschrittenen Stadien, wo auch Pyramidon und Lactophenin nicht wirkten), zehnmal ganz vorzüglicher Erfolg, in den übrigen Fällen ebenfalls zufriedenstellender. Maretin erwies sich also als ziemlich sicheres Antipyreticum bei T. Fast nie unangenehme Nebenerscheinungen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 30.)

— Ueber die Wirkung des **Maretins**, eines neuen Antipyreticums, auf das Fieber der Phthisiker theilt auch Dr. Elkan (Volksheilstätte bei Planegg) seine Beobachtungen mit, aus denen er folgende Schlüsse zieht:

1. Maretin setzt prompt die Temperatur herab; der Temperaturabfall vollzieht sich dabei ziemlich langsam.
2. Maretin übt keinen Einfluss aus weder auf Respirations- noch Digestionsapparat, noch auf den Blutkreislauf.
3. Schädliche Nebenwirkungen, sowie cumulative Wirkung haben wir nicht beobachtet.
4. Maretin ist erheblich billiger, als Pyramidon.
5. Als Gaben bewährten sich bei uns am besten einmal täglich 0,5 g oder zweimal täglich 0,2 g, in Pulverform unter Nachtrinken von einigen Schlucken Wasser zu nehmen.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 30.)

— Betreffs **Behandlung der Gelenktuberculose im kindlichen Lebensalter** präcisirt Prof. Dr. Hoffa (Berlin) den Standpunkt, den man heutzutage festzuhalten hat, und seine Erfahrungen wie folgt:

1. Die Behandlung der Gelenktuberculose im Kindesalter soll principiell eine conservative sein; es gelingt mittels conservativer Behandlung etwa $\frac{3}{4}$ aller Gelenktuberculosen im kindlichen Lebensalter zur Ausheilung zu bringen.
2. Die Heilung kann in einer Reihe von Fällen bei zweckentsprechender Behandlung, namentlich bei frühzeitigem Beginne derselben und bei milder Form der Erkrankung (Tumor albus) mit völlig beweglichem Gelenk und mit völliger Erhaltung der Function desselben erfolgen. Meistens erfolgt aber die Ausheilung mit Ausbildung einer Gelenkversteifung durch schrumpfende Bindegewebsbildung, event. nach Abkapselung von Sequestern durch derbe Schwarten.
3. Ist wegen der Schwere der Erkrankung, namentlich bei vorhandener Eiterung, eine Ausheilung mit beweglichem Gelenk nicht zu erwarten, so hat die Behandlung von vornherein die Ausheilung in einer für die Function des betreffenden Gelenkes günstigen Ankylose zu erstreben.
4. Die Entstehung reeller Verkürzungen der Extremitäten ist selbst bei der besten Behandlungsweise nicht zu vermeiden, wenn die tuberculöse Erkrankung zur Destruction der Gelenkenden geführt hatte, dagegen

ist die Ausheilung der Gelenkstuberculose in stärkerer Contracturstellung des Gelenkes stets die Folge einer ungeeigneten Behandlung, namentlich einer mangelhaften oder nicht lange genug fortgesetzten Fixation des Gelenks.

5. Die vollständige Ausheilung einer Gelenkstuberculose auf conservativem Wege erfordert längere Zeit. Im Allgemeinen müssen die Pat. 2—3 Jahre unter ärztlicher Aufsicht bleiben.
6. Die Behandlung selbst hat zunächst Rücksicht zu nehmen auf die Hebung des allgemeinen Ernährungszustandes. Wenn es irgend möglich ist, sollen die Kinder an die See geschickt werden, und zwar nicht nur auf einige Wochen, sondern möglichst das ganze Jahr. Als Ersatz der Seeluft ist auch der Aufenthalt in Binnenhospizen zu empfehlen, die nach Analogie der Lungenheilstätten von den Communen für die mit Knochen- und Gelenkstuberculose behafteten Kinder in schöner waldreicher Gegend errichtet werden sollten.
7. Als vorzügliches Unterstützungsmittel zur Ausheilung der Erkrankung ist bei tuberculösen Kindern die Einreibung des Körpers mit Sapo kalinus Duvernoy zu empfehlen. Von Medicamenten kommen namentlich Leberthran, Arsen und Jodkali in Betracht.
8. Die beste locale Behandlung der Gelenkstuberculose besteht in einer Combination der Immobilisation, der permanenten Extension und der Entlastung des betreffenden Gelenkes mit der Jodoformbehandlung, indem bis zu 10 ccm einer 10%igen Jodoformglycerin-emulsion parenchymatös in das erkrankte Gelenk hinein oder in den begleitenden Abscess hinein injicirt werden.
9. Im floriden Stadium der Gelenkstuberculose, d. h. solange noch Schmerzen bestehen, ist die Behandlung bei ruhiger Lage des Pat. durchzuführen.
10. Bestehen keine Schmerzen mehr, so ist die ambulante Behandlung der Gelenkstuberculose angezeigt, weil sie den Pat. die freie Bewegung in frischer Luft gestattet.
11. Die ambulante Behandlung kann entweder mittels eines zweckmässig angelegten Gypsverbandes geschehen, viel besser lässt sie sich jedoch mittels entsprechend construirter portativer Apparate durchführen.
12. Vor Anlegung der immobilisirenden, extendirenden und entlastenden Verbände müssen die bereits vorhandenen Contracturstellungen der Gelenke ausgeglichen werden.

13. Die Ausgleichung falscher Stellungen der Gelenke geschieht entweder allmählich unter Zuhilfenahme des Extensionsverbandes oder durch besondere Vorrichtungen an den portativen Apparaten oder aber schneller in Narkose. Niemals aber soll dann ein brutskes Verfahren befolgt, die Contractur vielmehr in schweren Fällen lieber in Etappen beseitigt und das jeweils gewonnene Resultat im Gysverband fixirt werden.
14. Das Vorhandensein einer Eiterung giebt an sich noch keine Indication zu einem sofortigen operativen Eingriffe ab, ebensowenig bietet sie eine absolute Gegenanzeige gegen die Durchführung der ambulanten Behandlung.
15. Die vorhandenen Abscesse werden mit Punction und nachfolgender Jodoforminjection behandelt. Diese Injectionen werden alle 2—3 Wochen wiederholt. Die neue Injection soll nicht eher vorgenommen werden, bis sämtliche von der vorhergehenden Injection bedingten Störungen (Temperatursteigerungen, Schmerzen) völlig geschwunden sind. Die Zahl der Injectionen richtet sich nach der Schwere des Falles. Die Injectionen werden so lange fortgesetzt, bis die Probepunction die vollständige Ausheilung des Abscesses ergibt.
16. Die Incision kalter Abscesse ist im allgemeinen zu verwerfen, wegen der Gefahr der Fistelbildung und der damit in Verbindung stehenden Gefahr der septischen Infection. Die breite Eröffnung der Abscesse soll vielmehr nur unter ganz bestimmten Bedingungen vorgenommen werden und zwar dann, wenn der Abscess trotz mehrmaliger Punction und Jodoforminjection immer noch hohes Fieber und starke Schmerzen verursacht, wenn er durch die Haut durchzubrechen droht, und schliesslich wenn man annehmen kann, dass der ursprüngliche Krankheitsherd ausgeheilt ist.
17. Die conservative Behandlung kann auch beim Bestehen aseptischer Fisteln durchgeführt werden, da sich die Fisteln bei passender Behandlung von selbst zu schliessen vermögen.
18. Als ein gutes Heilmittel für gewisse Formen der Gelenktuberculose ist die Stauungshyperaemie nach Bier zu bezeichnen.

19. Bleiben nach Ausheilung der Gelenkstuberculose Contracturstellungen der Gelenke zurück, so können diese durch orthopaedisch-mechanische Maassnahmen oder durch orthopaedische Operationen (Osteotomieen, orthopaedische Resectionen) beseitigt werden.
20. Heilt trotz exact durchgeführter conservativer Behandlung die Gelenkstuberculose nicht aus, bilden sich immer wieder neue Abscesse oder ist eine das Leben direct bedrohende Eiterung oder sind jauchige Fisteln vorhanden oder handelt es sich von vornherein um eine mit grosser Sequesterbildung, mit raschem käsigen Zerfall der tuberculösen Granulationsmassen und starker Eiterung einhergehende Gelenkstuberculose, so ist die conservative Behandlung zu verlassen und durch die operative Behandlung zu ersetzen.
21. Die operative Behandlung der kindlichen Gelenkstuberculose soll auch eine möglichst conservative sein, insofern typische Resectionen möglichst vermieden, an ihrer Stelle vielmehr atypische Resectionen oder Arthrektomieen ausgeführt werden sollen. Vor allen Dingen sollen die Epiphysenlinien stets möglichst geschont werden.
22. Die Prognose der Resectionen ist bei aseptischer Wundbehandlungsmethode eine sehr viel bessere geworden als in der vorantiseptischen Zeit.
23. Die Mortalität der Resectionen ist bei aseptischer Operation in Anbetracht der Thatsache, dass nur schwere Fälle der Resection anheimfallen, eine entschieden bessere als die der conservativen Behandlung. Die functionellen Endresultate sind dagegen nach conservativer Behandlung der Gelenkstuberculose ungleich viel besser als nach operativer Behandlung derselben.
24. Nach Resection eines tuberculösen Gelenkes ist im Allgemeinen kein bewegliches Gelenk, sondern eine Ankylose in guter Stellung des Gelenkes zu erstreben.
25. Nach Resectionen, sowie nach Arthrektomieen tuberculöser Kniegelenke ist zur Vermeidung der Entwicklung von Contracturstellungen der Gelenke eine längere Zeit durchgeführte Nachbehandlung mittels Gypsverbänden oder portativer Apparate nothwendig.
26. Die Amputation kommt bei der Gelenkstuberculose im kindlichen Lebensalter nur in Frage bei hoch-

gradiger Zerstörung des ganzen Gelenkes, sowie bei gleichzeitig bestehender ausgesprochener tuberculöser Erkrankung oder amyloider Entartung der inneren Organe. (Würzburger Abhandlungen, Band III, Heft 12.)

Vermischtes.

- **Mineralwassercuren bei Kindern** empfiehlt Dr. Josionek (Mildena-Wiesbaden) und bedauert, dass solche so wenig zur Anwendung gelangen. Schlossmann giebt allerdings im Dresdener Säuglingsheim jetzt bei Magendarmkatarrh, bei Hyperacidität, an Stelle der früheren Theediaet die Wildunger Helenenquelle, und zwar unvermischt, nur etwas gewärmt. In der Soltmann'schen Klinik werden auch mit bestem Erfolge Karlsbader, Biliner, Fachinger, Wildunger angewandt. Im Allgemeinen aber scheint es nicht bekannt zu sein, dass auch bei Kindern Mineralwassercuren bei manchen Krankheitszuständen eine äusserst günstige Wirkung ausüben. So ist beim *Harnsäureinfarkt der Neugeborenen* eine solche Cur mit Wildunger Helenenquelle oder Fachinger dringend indicirt; Autor giebt diese Wässer bei Flaschenkindern als Milchzusatz, bei Brustkindern ungemischt, und ist damit sehr zufrieden. Auch bei dem oft daraus hervorgehenden *Blasenkatarrh*, auf dem nicht selten das „Wasserschneiden“ der Kinder beruht, thut solche Cur die besten Dienste. Eine Trinkcur mit Karlsbader oder Vichy wirkt manchmal frappant bei *Magendarmkatarrhen*; bis zum vollendeten 1. Lebensjahre giebt man das reichlich erwärmte Wasser nur esslöffelweise 1 mal oder mehrmals täglich, später kann man 25—50 g 1—2 mal täglich nehmen lassen. Struntz in Karlsbad erzielt mit dem dortigen Sprudel bei Diarrhoe der Neugeborenen glänzende Erfolge, indem er morgens 1—2 mal einen Kaffeelöffel davon giebt; auch bei icterischen Zuständen wirkt dies sehr prompt. Bei hartnäckigen chronischen *Obstipationen* sind die natronhaltigen Wässer warm zu empfehlen, nur muss man mit kleinen Dosen anfangen und allmählich steigern, mit Biliner kann man durch

Tagesdosen von 50 g (auf kleine Dosen vertheilt) den Darm energisch anregen. Wildunger, Fachinger und andere „diuretische“ Wässer kann man mit grossem Vortheil benützen bei *Nephritiden*, wie sie so oft z. B. nach Infektionskrankheiten bestehen. Künstliche Salze als Ersatz anzuwenden, ist nicht rathsam; die Resultate sind nicht befriedigend. Auch mit den Wässern sei man bei kleinen Kindern anfänglich in der Dosirung sehr vorsichtig.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1904 No. 67.)

- **Zur Eosin-Licht-Behandlung** machen F. J. Pick und K. Asahi (k. k. dermatolog. Klinik in Prag) eine „vorläufige Mittheilung“ über die in den letzten 3 Jahren bei einigen Hautkrankheiten gesammelten Erfahrungen. Als Lichtquelle wurde nur das Sonnenlicht benützt, auch ohne Concentration, einfach durch Aufenthalt im Freien und als fluorescirender Stoff eine von Grübler & Co. (Leipzig) bezogene 1%ige Eosinlösung in physiolog. Kochsalzlösung. Damit wurden die kranken Parthieen Morgens ausgiebig bepinselt, und dann tagsüber, um das Eintrocknen zu verhindern, öfters mit physiolog. Kochsalzlösung angefeuchtet. Wo vor Einleitung dieser Behandlung an den Krankheitsherden eine grössere Exulceration und Exsudation an die freie Oberfläche mit Borkenbildung bestand, wurde bisweilen zuerst mit Salbenverbänden eine Reinigung der Oberfläche mit Abstossung der Krusten herbeigeführt, andererseits wurden auch regelmässig über Nacht indifferente Salbenverbände verwendet, um die während der Eosinbehandlung selbst sich bildenden Krusten zu entfernen. Die Gunst der Witterung erlaubte es, die Pat. fast den ganzen Tag hindurch der Sonne auszusetzen, und zwar monatelang. Im ganzen wurden 22 Fälle so behandelt, hauptsächlich *Lupus* (12 Fälle). Hier waren die Resultate durchwegs günstige. Sehr bald Rückgang der Entzündungserscheinungen, nach und nach fortschreitend. Sehr auffällige Rückbildungsvorgänge bei hypertrophischen Vorgängen; die hypertrophischen Parthieen flachten sich fast bis zur Norm ab, das kosmetische Resultat war ein vorzügliches. Ebenso aber auch bei flacheren Herden, sowie bei exulcerirten, bei denen vollständige Epithelisirung erfolgte. Nicht minder günstig waren die Resultate bei *Trichophytie* (5 Fälle), *Scrophuloderma* (3 Fälle), *Tuberculosis cutis verrucosa* und *Ulcus rodens* (je ein Fall); allenthalben eclatante Besserungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 37.)

- **Formamint-Tabletten**, hergestellt von der Firma Lüthi & Buhtz (Berlin W.), empfiehlt J. Jacobson. Diese als Ersatz für Gurgelwässer dienenden Tabletten enthalten locker gebundenes Formaldehyd (0,01 g pro Tablette), welches beim langsamen Zergehen im Munde frei wird und seine desinficirende Wirkung auf die Rachengebilde ausüben kann, z. B. bei Angina, Diphtherie, Pharyngitis etc. Besonders für die Kinderpraxis erscheinen diese Tabletten von Vortheil, da sie von den Kindern ihres Fruchtbonbon ähnlichen Geschmacks wegen gern genommen werden. Man lässt bei Erkrankungen 2—3stündlich 1 Tablette langsam im Munde zergehen; auch die prophylaktische Anwendung (2—3 Stück pro die) empfiehlt sich.

(Therap. Monatshefte, August 1904.)

- **Mitin, eine neue Salbengrundlage**, hat Dr. Jessner (Königsberg i. P.) nach seinen Angaben herstellen lassen (Krewel & Co., Köln). Es lag ihm daran, eine der Haut möglichst adäquate Substanz zu schaffen. Nach mannigfachen Versuchen kam er auf eine flüssige, dann durch Ueberfettung in eine salbenähnliche Masse verwandelte Wollfettmischung, wobei als serumartige Flüssigkeit Milch oder eine Lösung künstlicher, aus Milch gewonnener Eiweisspräparate benutzt wurde. Diese weisse, geschmeidige, sehr leicht verreibbare Substanz entsprach allen Anforderungen und wurde Mitin genannt. *Mitin. pur.* ist als Salbenbasis für alle Heilmittel verwendbar. Zur blossen Einfettung der Haut eignet sich noch besser das *Mitin. cosmeticum* (Mitin-crème), dessen Flüssigkeitsgehalt noch ein grösserer ist. Wo man Kühsalben, Unguent. leniens, Unguent. emolliens etc. verwendet, wo eine spröde Haut geschmeidig zu machen ist, ist es am Platze. Es eignet sich auch als Träger von Schwefel, Salicyl, Theer, Zink u. s. w., hier ist aber Mitin. pur. vorzuziehen. *Pasta Mitini* ist eine hautfarbige weiche Paste, überall am Platze, wo Zinkpaste, Zinköl u. A. angewendet wird. Vorzüglich eignet sie sich als Deckmittel zur Schonung einer reizbaren Haut (Chirurgenhände). Sehr angenehm ist sie als Basis für andere Pasten. Man verschreibt da sehr bequem z. B.

Rp. Sulf. praecip. 5,0

Pasta Mitin. ad. 50,0

Schliesslich kommt noch *Mitin-Quecksilber* in den Handel, das sich sehr rasch und leicht einreiben lässt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 38.)

- **Ueber Anwendungsformen des Chinins in der Kinderpraxis** theilt Dr. Freudenthal (Peine) die Erfahrungen mit, die er mit dem gewöhnlichen Chinin bei seinem eigenen Kinde und anderen machte; die Einverleibung per os, per klysma, durch Zäpfchen, subcutan machte gleiche Schwierigkeiten und führte stets zu Misserfolgen. Endlich fand er in den *Chokoladenplätzchen mit Chinin. sulf.* 0,1—0,3 (Zimmer & Co., Chininfabriken in Frankfurt a. M.) die geeignete Form für ältere Kinder, welche diese Plätzchen anstandslos verzehren, und für Säuglinge das geschmacklose *Aristochin* (Bayer & Co., Elberfeld), das man in Pulvern zu 0,1—0,3 mit Zucker 3—4 mal täglich giebt oder noch besser in die Milch schüttet. Um rasche Resorption des Chinins zu erzielen, ist es gut, Salzsäurelimonade (2—5 Tropfen verdünnte Salzsäure in 1 Weinglas Zuckerwasser) nachtrinken zu lassen (aber nicht unmittelbar danach!) oder Salzsäure-Bonbons zu geben, wie sie Autor der Annehmlichkeit wegen herstellen liess (Zimmer & Co.). Diese Ordinationen haben sich bei *Keuchhusten* und *Malaria* bestens bewährt.

(Die ärztliche Praxis 1904 No. 17.)

- **Ein neues Verbandpflaster „Vulnoplast“** empfiehlt Dr. Benario (Frankfurt a. M.). Vulnoplast*) besteht aus drei miteinander in feste Verbindung gebrachten Schichten, von denen die unterste, die mit der Wunde in Berührung kommt, aus Verbandmull besteht, auf die eine Salbenschicht ausgewalzt ist. Und zwar ist als Salbengrundlage Gelatine gewählt, die neben ihren pharmakologischen Eigenschaften den besonderen Vorzug hat, dass sie sich in den Wundsecreten vollständig löst und die ihr zugesetzten Medicamente voll und ganz zur Einwirkung gelangen lässt. Ausserdem verklumpt sich die Gelatine nicht mit den Secreten, wie dies die Salben mit Fettgrundlage thun, sodass sich das Pflaster leicht und schmerzlos, ohne die Granulationen mit abzureissen, ablösen lässt. Als medicamentösen Zusatz hat Autor eine Mischung von 10% Protargol und 5% Xeroform gewählt, eine Mischung, die nicht nur die Salbe steril erhält, sondern auch, was desinficirende, epidermisirende und austrocknende Wirkung anlangt, sich als ganz vorzüglich bewährt hat. Hat sich nun die Gelatinesalbe in den Wundsecreten gelöst, so gelangen diese, sowohl

*) Hergestellt von der Fabrik Dr. Wasserzug in Frankfurt a. M. in Breiten von 4, 6, 8 cm zum Preise von 100, 115, 130 Pfg. für $\frac{1}{2}$ m.

durch die Maschen des Mulls, als auch durch besonders angebrachte Perforationsöffnungen, in eine über der Mullschicht angeordnete Watteschicht, von der sie vollständig aufgesaugt werden. Ueber dieser Watteschicht befindet sich die Deckschicht, welche das ganze Pflaster zusammenhält und zur Befestigung auf dem Körper dienend mit Klebmasse bestrichen ist, jedoch nur so weit, als dies zur Erreichung dieses Zweckes nothwendig ist, während der grössere Rest der Deckschicht unbestrichen und dadurch luftdurchlässig ist. Vulnoplast erfüllt also alle Anforderungen und enthält alle Bestandtheile eines zweckmässigen Wundverbandes. Seine Anwendungsweise ist die denkbar einfachste, da ein Handgriff genügt. Zu beobachten ist nur, dass die Klebestreifen parallel der verticalen Körperrichtung angelegt werden, z. B. an den Fingern in der Richtung der Phalangen, am Rücken in der Richtung der Wirbelsäule etc. Vulnoplast eignet sich für die Fälle der kleinen Chirurgie: Riss-, Quetsch-, Brand-, Nahtwunden, Ulcus cruris, Furunkel u. s. w. Auch der Laie kann es sehr gut für die ersten Nothverbände benützen.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 Nr. 88.)

- **Mittheilungen über Trasulfan** macht Dr. V. Klimek (Abtheilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten der k. k. Rudolf-Stiftung, Wien). Trasulfan (Ammon. sulfo-ichthyolic.) stellt eine dunkelbraune, theerartig riechende, dickflüssige Masse dar (hergestellt von Reichhold & Co., Binningen, Schweiz). Sie wurde bei etwa 50 Pat. mit acuter und chronischer Blennorrhoe, Para- und Perimetritis, Endometritis, Cervixkatarrh, Vaginitis, chron. Ekzem benützt. Angewendet wurde das Trasulfan nur intravaginal als 10% Trasulfanglycerin oder in 5% wässriger Lösung, bei den Hauterkrankungen extern in Form von 10% Salben, wozu als Constituens Lanolin und Vaseline aa genommen wurde. Die Anwendung bei der intravaginalen Application bestand darin, dass ein entsprechend grosser, mit einem Bindfaden versehener Tampon aus Brunsscher Watte in die Trasulfanlösung getaucht und, nachdem die Applicationsstelle im Speculum mit Hülfe trockener Watte sorgfältig gereinigt worden war, auf die betreffende Stelle, bei chronisch entzündlichen Processen der Cervix vor diese, gelegt wurde. Unter Andrücken des Tampons mit der Kornzange wurde das Speculum etwas zurückgezogen, wodurch der Tampon durch die sich aneinander schliessenden Vaginalwände an der Applicationsstelle festgehalten

wurde, so dass dann Zange und Spiegel gleichzeitig aus der Vagina herausgezogen werden konnten. Schlaaffe Vagina machte das Vorlegen eines zweiten, trockenen Tampons nothwendig. Bei katarrhalischen Erkrankungen der Vaginalschleimhaut wurde der Tampon in der Weise hergestellt, dass man ein grösseres, mehrfach gefaltetes Stück steriler Gaze nahm, in einem Zipfel aufhob und in den so entstandenen Gazekegel eine Rolle Brunsscher Watte einführte, das Ganze in die Trasulfanlösung legte und dann in oben besprochener Weise mit Hülfe eines Röhrenspeculums in die Vagina einführte. So kam das Trasulfan mit der gesammten Vaginalschleimhaut in wirksame Berührung. Vorher ist die Reinigung der Vagina wie oben auf trockenem Wege zu empfehlen, da Trasulfan als öliges Mittel so besser auf den zu behandelnden Stellen haftet, als wenn die Vagina vorher ausgespült worden wäre. In beiden Fällen blieb der Tampon 12 bis 24 Stunden liegen. Da nun bei eitrigem Secretion aus der Cervix das Mittel einerseits bei Tamponade der Scheide nicht direct auf die erkrankte Schleimhaut der Cervix applicirt werden konnte, andererseits der vor dem Orificium externum cervicis liegende Tampon den Abfluss des Secretes hinderte, so wurde die Therapie dahin geändert, dass das Trasulfan in 10% Trasulfanglycerinlösung mit Hülfe der mit Watte umwickelten Playfairschen Sonde oder mit der Braunschen Spritze direct in die Cervix eingeführt wurde. Diese Application wurde jeden dritten Tag wiederholt, in der Zwischenzeit unterblieb bis auf die etwa wegen Schmerzhaftigkeit der Adnexegend angewandten Dunstumschläge jedwede Therapie. Die zu behandelnden Hautparthieen wurden mit Trasulfan-salbe (Trasulfan 10,0, Lanolin, Vaseline aa ad 100,0) mittels eines Pinsels messerrückendick bestrichen, darüber Krüllgaze gelegt und diese mit einer Calicobinde befestigt. Nach 24 Stunden erfolgte Verbandwechsel, wo vor Anlegung des neuen Trasulfanverbandes die Haut mit trockener Watte sorgfältig von der anhaftenden Salbe gereinigt wurde. Die Wirkung des Trasulfan war eine schmerzstillende, resorbirende, secretionsbeschränkende und antiparasitäre. In manchen behandelten Fällen liess die Schmerzhaftigkeit nach 3—5 Tagen bedeutend nach, und mit der Abschwellung der entzündlichen und geschwellten Parthieen trat ein sofortige Schmerzlinderung ein. Bei acuten Vaginalblennorrhoeen zeigten sich deutlich die guten Eigenschaften des Trasulfans. Fälle mit reichlich aus der Scheide hervorquellendem eitrigem Secret zeigten schon nach 2—3 Tagen

wesentliche Abnahme der Entzündungserscheinungen (Röthung und Schwellung der Vaginalschleimhaut ging zurück) und bedeutende Secretionsverminderung. Dabei verlor das Secret in Kürze seinen eitrigen Charakter und wandelte sich in ein zähflüssig schleimiges um, bis nach 8—10tägiger Vaginalbehandlung die Schleimhaut gänzlich blass und desquamirend wurde. Die Secretion blieb darauf nur noch eine spärliche, rahmige und wurde in schwereren Fällen erst nach ca. 14 Tagen vollkommen glasig. Bei leichten Erosionen am Muttermund und der Portio zeigte das Trasulfan ebenfalls gute Eigenschaften, da diese Stellen nach öfters vorgelegtem Trasulfantampon sich bald überhäuteten. Blutstillend wirkte Trasulfan jedoch nicht, daher seine Anwendung bei stärker blutenden Erosionen versagte. Bei Ekzemen bewährte sich Trasulfan ebenfalls, und zwar bei acuten, wie chronischen.

(Medicin. Blätter 1904 Nr. 37)

- **Apparat für sterilisirte physiologische Kochsalzlösung, stets fertig zum Gebrauch.** Einen solchen hat Dr. O. Pfeilsticker (Schwäb.-Hall) erfunden und bei C. H. Burk (Stuttgart) herstellen lassen. Er besteht aus einem Glasgefäß von 500 ccm Inhalt von platter und längsovaler Form behufs bequemer Handhabung und Transportirung. Die Gefäßwandungen sind möglichst dünn, um eine rasche Erwärmung des Inhalts zu ermöglichen. Der Inhalt besteht aus einer 0,6% Kochsalzlösung, die genau in der Zusammensetzung und sorgfältig sterilisirt ist. Durch Zuschmelzen des Zu- und Abflussrohres ist Dauersterilisation gesichert. Beim Gebrauch wird das nach oben gerichtete Abflussrohr durch Abbrechen der Spitze an der eingefeilten Kerblinie eröffnet und mit dem beiliegenden, 1 m langen und durch einen Quetschhahnen verschlossenen Gummischlauch armirt, an dessen unterem Ende die Infusionsnadel angebracht ist. Das Luftzuführungsrohr, rechtwinklig abgebogen, damit nach Eröffnung der Röhre kein Staub in das Innere des Gefäßes während des Abflusses der Flüssigkeit fallen kann, wird jetzt nach oben gerichtet und durch Abbrechen der Spitze an der auch hier eingefeilten Kerblinie eröffnet. Es erübrigt nur noch, den Apparat an der am Luftzuführrohr angebrachten Metallschlinge in entsprechender Höhe von $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ m an einem Nagel oder Haken aufzuhängen, und der Ausfluss durch die in die wohldeinficirte Haut am Orte der Wahl (Oberschenkel, Infraclaviculargegend) gestossene Infusionsnadel kann sich

selbst überlassen werden, während der Arzt sich anderweitig um den Patienten bemühen kann. Ist die Infusion beendet, so wird die Injectionsstelle nach Entfernung der Nadel durch ein beigelegtes Kautschukheftpflaster verschlossen. Die Infusionsnadel ist in der Fabrik gut in Sodalösung ausgekocht und ist in dem gleichfalls ausgekochten Glasröhrchen, das durch sterile Watte abgeschlossen ist, dauernd steril gehalten dem Apparat beigelegt. Der ganze Apparat ist in einer passenden Blechschale untergebracht. Diese wird nach Entfernung von Schlauch, Glasröhrchen und Infusionsnadel zur Erwärmung des Glasgefässes verwendet. Dabei bleibt das Gefäss ruhig in der Blechschale liegen; es wird entweder genügend warmes Wasser in die Schale gegossen oder nach Beigabe von Wasser dieselbe auf den Ofen oder Herd gestellt und so lange erwärmt, bis der Inhalt den entsprechenden Wärme-grad erreicht hat. Ausserdem liess P. Ersatzphiolen herstellen, die nur in Cartons verpackt sind und nach Verbrauch der Phiole im Blechkasten in diesen als Ersatz gelegt werden. (Münchener medic. Wochenschrift 1904 No. 38.)

- **Ueber den therapeutischen Werth des Pyrenols, nebst Bemerkungen zur Frage der Salicylwirkung auf das Urogenitalsystem**, so überschreibt Dr. Fr. Löb (Augusta-Hospital Berlin) eine Arbeit, in der er seine Erfahrungen mit Pyrenol mittheilt. Letzteres ist ein weisses, krystallinisches Pulver von aromatischem Geruch und süsslichem, leicht prickelndem Geschmack, in Wasser (1:5) und Alkohol (1:10) löslich, eine Verbindung von Salicylsäure, Benzoesäure und Thymol mit einem Natronsalz. Löb wandte es nur bei Respirationskrankheiten an und constatirte als Hauptwirkung des Mittels 1. eine expectorirende, solvirende, 2. eine die Neubildung des Secrets beschränkende, 3. eine auf den Husten sedative Wirkung. Es wurde meist ordinirt:

Rp. Sol. Pyrenoli 8,0—10,0 : 200,0

oder:

Rp. Sol. Pyrenoli 8,0—10,0 : 180,0

Syr. Alth. ad 200,0

M. D. S. 2stdl. 1 Esslöffel, im
Husten- oder Asthmaanfall
 $\frac{1}{2}$ stündlich 1 Theelöffel.

Bei Kindern:

Rp. Sol. Pyrenoli 4,0—6,0 : 180,0

Syr. Rub. Id. ad 200,0
 M. D. S. 2stündl. 1 Kinderlöffel,
 bei Keuchhusten $\frac{1}{2}$ stündlich
 $\frac{1}{2}$ Theelöffel.

Bei Erwachsenen empfiehlt sich die bequeme Verordnung in Tablettenform à 0,5 g im Originalglas (1 Mk.), zweistündlich ein Stück. Die Erfolge waren recht gute. Es kamen hauptsächlich zur Behandlung Fälle von bronchialem Asthma, Pleuritis, Bronchitis, Influenza; überall war die günstige Beeinflussung durch Pyrenol augenscheinlich, besonders bei frischen Fällen. Auch bei *Phthisikern* wurde eine überraschende Wirkung erzielt, indem die Expectoration, da wo trockener, quälender Husten vorhanden war, mächtig befördert wurde. Pyrenol ist ausserdem also zu empfehlen in allen Fällen von acuter und chronischer *Bronchitis*, *Asthma*, *Influenza*, *Angina*, *Pleuritis*, *Pneumonia crouposa* und frischer *Bronchopneumonie*. Bei *Pertussis* ist es in eine Reihe zu stellen mit den anderen sogen. Specificis, von denen es sich in seiner Einwirkung nicht wesentlich unterscheidet. Pyrenol erwies sich als unschädlich: es übte keinerlei nachtheilige Wirkung aus auf Blutdruck und Puls, alterirte nicht den Magen und reizte in obigen Dosen nie die Nieren.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 41.)

Bücherschau.

- L. Michaeli's **Compendium der Entwicklungsgeschichte des Menschen** (Leipzig, Verlag von G. Thieme) liegt in 2. Auflage vor. Dieser Erfolg war vorauszusehen bei einem Büchlein, welches eine knappe, aber doch hinreichend erschöpfende Darstellung der Entwicklungsgeschichte unter genügender Berücksichtigung der vergleichenden Embryologie der Wirbelthiere giebt, sodass dem Studirenden die Uebersicht erleichtert und schnelle Orientirung ermöglicht wird. Es kommt hinzu, dass der Autor es verstanden hat, den spröden Stoff möglichst interessant zu gestalten und dass das Verständniss des Textes durch zahlreiche Abbildungen erleichtert wird. — In gleichem Verlage erschien

in 6. Auflage der bekannte **Leitfaden für den geburts-helflichen Operationskurs** von A. Döderlein. Es erübrigt sich wohl, diesem Buche empfehlende Worte mit auf den Weg zu geben. Die Zahl der Auflagen, die in wenigen Jahren nöthig wurden, spricht für die weite Verbreitung desselben. Der Verfasser ist bei jeder Neuauflage bestrebt, Verbesserungen und Erweiterungen vorzunehmen, und hat dies auch bei dieser Auflage gethan.

- **Die Gallensteinkrankheit** ist ein kleines Büchlein (Verlag von H. Hartung & Sohn, Leipzig. Preis: Mk. 1,80) betitelt, das von Dr. Schilling in Leipzig verfasst ist. Die Gallensteinkrankheit ist ein hochwichtiges Gebiet für den prakt. Arzt und er muss hier durchaus orientirt sein. Da dasselbe zu den umstrittensten Gebieten unserer Wissenschaft gehört, die widersprechendsten Ansichten kundgegeben werden, Chirurgen und Interne fortgesetzt über ihr Indicationsgebiet discutiren, so kann der Praktiker nicht Alles im Einzelnen verfolgen, bedarf vielmehr eines kurzen Führers, der ihn rasch über den modernen Standpunkt dieses wissenschaftlichen Gebietes orientirt. Schilling's kleines Werk kann in diesem Sinne warm empfohlen werden.
- G. Klemperer hat seine im Fortbildungscursus für praktische Aerzte über **Behandlung der Nierenstein-Krankheit** gehaltenen Vorträge in einem kleinen Buche (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien u. Berlin) vereinigt und so dem weiteren ärztlichen Publicum zugänglich gemacht, wofür wir ihm dankbar sein können. Der gewandte Autor und erfahrene Praktiker versteht es sehr gut, mit kurzen Worten das Nöthige zu sagen und uns ein klares Bild aller therapeutischen Maassnahmen vor Augen zu führen. In 6 Capiteln — die Behandlung der Coliken, die diätetische Behandlung, die medicamentöse Therapie, die Lösung vorhandener Concremente, hygienische und balneologische Behandlung, die Behandlung der Cystinsteine — ist das ganze Gebiet ausgezeichnet bearbeitet. — Im gleichen Verlage erschien in Broschürenform der Vortrag des Münchener Arztes Dr. Dresdner **Moderne social-ärztliche Bestrebungen**, den dieser in dem betreffenden Gebiete sehr thätige Verfasser in Wien vor der Gesellschaft der Aerzte gehalten hat. Der Vortrag hat berechtigtes Aufsehen erregt und vollen Beifall geerntet, und es ist mit Freude zu begrüßen, dass er jetzt weitere Verbreitung, die er mit Recht verdient, finden wird.

- Von **Medicinalkalendern für das Jahr 1905** sind vorläufig folgende uns zugegangen: Der allbekannte *Reichs-Medicinal-Kalender* von Börner, jetzt herausgegeben von Prof. Dr. J. Schwalbe (Verlag von G. Thieme, Leipzig). Seit langen Jahren erprobt und allenthalben beliebt, bedarf er keiner Empfehlung mehr. Wiederum finden wir in ihm und ausserdem noch in 2 besonderen Beiheften eine grosse Reihe von Tabellen, Verzeichnissen und kurzen belehrenden Aufsätzen von hervorragenden Autoren, wie Glax, Guttstadt, Albu, Thiem, Liebreich, Rabow, Schwalbe, Hoffa u. s. w. verfasst. Der Kalender stellt sich damit als ein sehr brauchbares Nachschlagebuch und guter Rathgeber für die verschiedensten Fragen der täglichen Praxis dar. Das Kalendarium bietet für jeden Tag eine grosse Seite, genügt also ebenfalls allen Ansprüchen. — Aehnliche Vorzüge besitzt der bereits das 18. Mal erscheinende *Taschenkalender für Aerzte*, begründet von Lorenz, jetzt herausgegeben von P. Rosenberg (Berlin), der bei S. Rosenbaum in Berlin erscheint. Auch hier zahlreiche Tabellen, Untersuchungsmethoden, Diaetvorschriften, den Bedürfnissen des praktischen Arztes entsprechende Aufsätze (über Massage, Ohrerkrankungen, Gonorrhoebehandlung etc.), auch hier ein viel Raum gewährendes, in vier Quartalshefte zerlegtes Kalendarium.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

N^o 3.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

December

XIV. Jahrgang

1904.

Anaemie, Chlorose. Guderin hat Dr. Golinier (Erfurt)

bei 10 Fällen schwerer Chlorose und Anaemie mit bestem Erfolge angewandt. Es besserten sich nicht nur die Blutmischung und alle Erscheinungen, sondern es machte sich auch der nutritive Effect der im Guderin enthaltenen Eiweissstoffe geltend, zu denen sich noch der Nährwerth des Zuckers gesellte. Auch kleine Kinder vertrugen das Präparat gut. Bei durch grosse Blutverluste geschwächten Frauen bewährte sich dasselbe bestens.

(Therap. Monatshefte, Juli 1904.)

- **Bioferrin in der Kinderpraxis** empfiehlt Prof. Siegert (Halle), da es sich seit Jahresfrist ihm in zahlreichen Fällen bewährt hat. Das Präparat wurde auf seine Veranlassung und nach Angaben von Prof. Cloetta (Zürich) hergestellt (Kalle & Co., Biebrich) und zeichnet sich vor anderen Haemoglobinpräparaten durch hohen Haemoglobingehalt, Haltbarkeit, Freiheit von pathogenen Bakterien, sowie durch die Darstellung nach einem streng wissenschaftlich begründeten Verfahren aus. Die Anwendung des Präparates stiess wegen des angenehmen Geruchs und Geschmacks auf keinen Widerstand, und es steigerte den Haemoglobingehalt in sehr zahlreichen Versuchen, ausnahmslos bei Anaemien der verschiedensten Ursachen. Versuche bei Erwachsenen und besonders zahlreiche bei Kindern ergaben schon nach 2—3 Wochen deutliche, oft sehr erhebliche Steigerung des Haemoglobins, der eine rasche Zunahme des Appetits und ein subjectives Gefühl der Kräftezunahme

vorausging. Selbst eine schwerste Anaemie nach multiplen Magengeschwüren, die jeder Eisenmedication seit Monaten getrotzt hatte, zeigte raschesten Erfolg bei Bioferrin. Die Dosis beträgt für Säuglinge 1—2 mal 5 g, für ältere Kinder 10—15 g, für Erwachsene 15—30 g pro die. Bioferrin kann verdünnt mit kalter und warmer Milch, Wasser usw. wie unverdünnt genommen werden, am besten zu Beginn der Hauptmahlzeiten. In der Kinderpraxis ist es bei ausschliesslich mit Milch ernährten Säuglingen vom 10. Monat an, ferner bei allen Rhachitikern, Scrophulösen und aus irgend welcher Ursache anaemischen Kindern indicirt, auch bei appetitlosen und nervösen. Neben dem Eisen enthält es alle Fermente, Alexine, kurz alle wirksamen Bestandtheile des Blutes.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 27.)

Anaesthesie, Narkose. Eucainum lacticum liess Prof.

A. Langgaard durch die Schering'sche Fabrik darstellen und empfiehlt das Präparat den Praktikern. Die ischaemirende und schrumpfende Wirkung des Cocains ist in gewissen Fällen recht unerwünscht, indem sie das Operiren erschwert und zu Nachblutungen führt; in grösseren Dosen ist Cocain ausserdem nicht ungefährlich. Beta-Eucain erzeugt keine Ischaemie und keine Schrumpfung, aber es löst sich in Wasser nur zu 4%, was bei Operationen in Nase, Rachen und Ohr nicht genügt. Aus Eucain. lactic. lassen sich leicht und ohne Erwärmung 10—15%ige und noch stärkere Lösungen herstellen. Dieselben sind reizlos, erzeugen weder Hyperaemie noch Ischaemie oder Schrumpfung, sondern lediglich Anaesthesie. Sie lassen sich zu Injectionen für Infiltrations- und regionäre Anaesthesie, wie zur Anaesthesierung von Schleimhäuten benützen, die Gefahr einer schädlichen Allgemeinwirkung ist gering. Will man neben der Anaesthesie eine Ischaemie und Anschwellung der Gewebe, so setzt man einfach Nebennierensubstanz hinzu und erhöht dadurch sogar noch die Intensität und Dauer der Anaesthesie. Es empfehlen sich zur Anwendung:

in der Augenheilkunde	2—3%ige Lösungen
in der Zahnheilkunde	2—3%ige „
für Infiltrationsanaesthesie	0,12%ige „
für regionäre Anaesthesie	2—5%ige „
für Nase, Rachen, Ohr	10—15%ige „

Bei den schwächeren setze man Kochsalz zu, und zwar bei Lösungen unter 1% Zusatz von 0,8% Kochsalz, bei 1—2%igen Lösungen 0,2% Kochsalz.

(Therap. Monatshefte, August 1904.)

- **Die Anwendung des Eucain.lactic. in der Oto-Rhino-Chirurgie** empfiehlt Prof. Katz (Berlin) auf Grund seiner Versuche, die sich bisher auf einige 20 Fälle erstrecken. Er verwandte 10—15%ige Lösungen theils zu diagnostischen Zwecken, theils zur örtlichen Anaesthesie da, wo sonst 10% Cocain nur. benützt wurde. Zu diagnostischen Zwecken dann, wenn Polypen oder Hypertrophie der Nasenmuscheln die Einführung der Sonde indicirten, um über Lage, Grösse und Beschaffenheit der Gebilde ins Klare zu kommen. Hier hat sich eine 15%ige Lösung, die durch damit befeuchtete Tampons eingeführt und 4—5 Minuten belassen wurde, als durchaus brauchbares Anaestheticum bewährt. Bei operativen Eingriffen in der Nase, wo eine Schrumpfung unerwünscht ist, z. B. wenn eine hypertrophische untere Muschel oder mittlere Muschel mit der Schlinge oder Scheere operirt wird, that Eucain lactic. sehr gute Dienste, es bewirkte dabei 15%ige Lösung auch den gleichen Effect wie 10%ige Cocainlösung. Auch im Ohr lässt sich das Präparat mit Vortheil bei der Extraction von Polypen und Granulationen und ebenso zu diagnostischen Sondenuntersuchungen anwenden.

(Ibidem.)

- **Erfahrungen mit der localen Anaesthesie in der poliklinischen Praxis** veröffentlicht Dr. E. Aulhorn (chirurgisch-poliklinisches Institut der Universität Leipzig). Nach Braun bezeichnet man als Infiltrationsanaesthesie diejenigen Methoden, die Gebrauch machen von der Eigenschaft des Cocains, die peripheren Endigungen der sensiblen Nerven ausser Function zu setzen; je nachdem dabei die Anaesthesie herbeigeführt wird, direct durch Infiltration des betreffenden Gewebes oder indirect durch Injection in die Nachbarschaft oder nachfolgende Ausbreitung der Lösung im Gewebe, unterscheidet man directe und indirecte Infiltrationsanaesthesie. Regionäre Anaesthesie nennt man die Methoden, welche Anaesthesie herbeiführen durch Unterbrechung der Nervenleitung; ausser der Leitungsanaesthesie im engeren Sinne, d. h. Leitungsunterbrechung grösserer subcutaner oder subfascialer Nervenstämme, gehört hierhin auch das Oberst'sche Verfahren und die circuläre Anaesthesie nach Hackenbruch. Nach diesen Methoden wurden nun vom 1. April 1903 bis 1. Juni 1904 763 Fälle operirt. Verwendet wurde meist Cocain. hydrochloric., wenige Male Eucain B, beide nur in 0,9%iger, also isotonischer Kochsalzlösung. Von Nebennierenpräparaten wurde die Solut. Adrenalin. hydrochloric. von Parke, Davis & Co., London,

7*

benützt, nach dem April 1904 auch das Suprarenin der Höchster Farbwerke, wobei Unterschiede in der Wirkung nicht auffielen. Die Schleich'sche Methode der directen Infiltration wurde unter Benützung isotonischer Lösungen angewandt. Die immerhin nicht vermeidbare Oedemisirung der zu anaesthesirenden Gewebe stellt den wesentlichsten Nachtheil der Methode dar. Die stark beeinträchtigte anatomische Uebersichtlichkeit des oedemisirten Gewebes fällt auch bei einfachen Operationen oft störend ins Gewicht, so namentlich bei der Extraction kleiner Fremdkörper (besonders Nadeln), aber auch bei der Exstirpation von Cysten (Ganglien, Atheromen, Dermoiden), bei der Excochleation tuberculöser Herde u. a. Ferner versagt die Methode an der derben Haut der Hohlhand und Fusssohle, am Periost, dessen Infiltration oft schmerzhaft ist, und bei allen entzündlichen Affectionen. Verwendet wurde 0,2%ige Cocainlösung, in 161 Fällen ohne Adrenalin, in 265 mit diesem. Ein wesentlicher Vortheil, der durch den Adrenalinzusatz erreicht wurde, lässt sich bei der Infiltrationsanaesthesie nicht feststellen, denn ein Gewebe, das überhaupt infiltrirbar ist, lässt sich stets auch durch Infiltration mit blosser Cocainlösung anaesthesiren. Nur bei der Haut der Hohlhand und der Fusssohle ist der Umstand von Vortheil, dass man bei Anwendung von Adrenalin auf das Infiltriren der Cutis selbst verzichten und sich mit subcutaner Injection begnügen kann. Unbedeutend und praktisch ohne Belang ist die Ausbreitung der Anaesthesie über die Grenzen der ursprünglich gebildeten Quaddel hinaus, wie sie bei Adrenalinzusatz stattfindet. Die Nachtheile der Infiltrationsanaesthesie werden durch das Adrenalin nicht behoben, Vorthteile schafft es hier auch sonst nicht, wohl aber besteht gerade bei der Infiltration die Gefahr, dass es durch Nachblutung oder Randnekrose Schaden stiftet, da hier — im Gegensatz zur regionären Anaesthesie — die Gefässe im Bereiche der Wunde selbst der starken und anhaltenden Contraction unterliegen. Nimmt man hinzu, dass der Preis des Mittels ein hoher ist, so ergiebt sich, dass man besser thut, bei der Infiltrationsanaesthesie auf das Adrenalin zu verzichten. Die Oberst'sche Methode wurde in der Weise geübt, wie sie wohl jetzt allgemein angewandt wird: dicht ausserhalb der Constriction am Grundgliede von 2 Einstichen auf der Streckseite aus (eventl. genügt auch 1 Einstich) je eine Injection an die 4 Nervenstämme, mit 2—3 ccm Cocainlösung im Ganzen. 0,5%ige Lösung reichte stets aus. So wurden 88 Fingerwunden behandelt (darunter

46 mit Betheiligung des Knochens, 17 mit Betheiligung der Sehne), ferner 31 Nagelextractionen ausgeführt, 12 Fremdkörper, 12 ostale und eine grosse Zahl cutaner Panaritien operirt. Die Anaesthesie war stets vollkommen, und zwar in der Regel nach 5 Minuten; selten musste bis zu 10 Minuten gewartet werden. In 76 Fällen wurde dem Cocain Adrenalin zugesetzt. Sobald man jedoch die Constriction anwendet, erreicht man die Anaesthesie ebenso rasch und vollkommen auch ohne Adrenalin. Da die Constriction nun am Finger keinerlei Nachtheil bietet, nie unangenehm empfunden wird, da sie ferner eine Blutleere herbeiführt, wie sie durch Adrenalin nicht erreicht wird, so wurde diese Methode mit Constriction und ohne Adrenalin später geübt, wodurch auch den Gefahren des Adrenalins hinsichtlich etwaiger Randnekrosen aus dem Wege gegangen wurde, Gefahren, die gerade für die Finger Beachtung verdienen. Sollte jedoch so hoch am Finger operirt werden, dass für den Schlauch kein Platz blieb (z. B. Exarticulatio digiti, Panaritium tendineum), so wurde die Anaesthesie in der von Braun angegebenen Weise mit Hülfe des Adrenalins ausgeführt (s. unten). Das Verfahren nach Hackenbruch besteht darin, dass man die anaesthesirende Lösung in Rauten- oder Kreisform rings um das Operationsgebiet subcutan injicirt. Die Methode wurde in 59 Fällen benutzt, und zwar mit 0,2%iger Cocainlösung, welche genügt und den Vortheil bietet, dass man grössere Mengen verwenden kann. Meist handelte es sich um kleine Geschwülste (Atherome, Dermoides, Angiome), und wurde stets Anaesthesie erreicht. Diese Methode hat durch die Combination mit Adrenalin eine wesentliche Verbesserung erfahren, die geeignet ist, derselben weitere Verbreitung zu verschaffen. Am Platze ist sie da, wo die Nervenvertheilung eine systematische regionäre Anaesthesie unmöglich macht oder erschwert, also am Rumpf und Oberarm (weil hier die Nerven vielfach erst im Operationsgebiete aus der Fascie hervortreten), aber auch am Halse und Kopfe, wo die Anaesthesirung einzelner Nervenstämme vermuthlich wegen der zahlreichen Anastomosen unsichere Ergebnisse zeitigt. Von verschiedenen Seiten war der Nachweis erbracht worden, dass es möglich ist, durch Cocain eine Leitungsunterbrechung in bestimmten Nerven und damit eine regionäre Anaesthesie zu bewirken. Allein dem Verfahren hafteten doch so erhebliche Mängel an, dass eine ausgedehnte praktische Anwendung nicht zustande kam: man brauchte concentrirte Lösungen (2%), musste den Nerv

sehr genau treffen, man konnte die Constriction nicht entbehren, ja dieselbe musste lange liegen, da die Anaesthesie recht langsam eintrat. Es fragte sich da, ob das Adrenalin Hülfe schaffen konnte. Es wurden 135 Fälle behandelt, ganz nach Brauns Anweisungen. Benützt wurde 0,5%ige Cocainlösung. Die Menge der Lösung, die man braucht, richtet sich danach, wie genau man die Lage des betreffenden Nerven bestimmen kann: für den leicht zu treffenden R. dorsalis N. radialis z. B. genügen in der Regel schon 2 ccm; für die langen Hautnerven am Vorderarme braucht man mehr, da es hier nöthig ist, einen längeren Streifen quer zur Verlaufsrichtung des Nerven zu injiciren. Man kann jedoch mit 5 ccm einen 10 cm langen Streifen subcutan so injiciren, dass in den diesen Streifen kreuzenden Nervenstämmen die Leitung unterbrochen wird. Da man erst bei 10 ccm die Maximaldosis von 0,05 Cocain erreicht, so braucht man durchaus nicht ängstlich zu sein. Macht nun Adrenalin die Constriction, die manchen Pat. noch einige Zeit nicht unerhebliche Schmerzen macht, überflüssig? Die Erfahrung zeigte, dass das Zustandekommen der Anaesthesie auch bei Adrenalinzusatz zweifellos durch die Blutleere befördert wird. Eine vollständige Ulnarisaesthesie binnen 8 Minuten mit 0,5%iger Lösung, wie Autor sie einmal am blutleeren Arme erhielt, hat er ohne Blutleere nie erreichen können. Andererseits kann man aber die Leitungsunterbrechung auch ohne Constriction erzielen; die Wartezeit von 15—20 Minuten kann man dann zur Desinfection des Operationsgebietes etc. benützen. Die Constriction wird, sofern sie für die Operation nöthig ist, erst angelegt, nachdem die Anaesthesie eingetreten ist. Die Zeit, die bis zum Eintritt der Anaesthesie vergeht, ist davon abhängig, wie nahe man die Cocainlösung an den Nerven herangebracht hat. Braun hat gezeigt, dass die Eigenschaft des Adrenalins, die Fortschwemmung des Cocains und seine Zerstörung im Gewebe hintanzuhalten, eine Wirkung auf den Nervenstamm auch dann noch ermöglicht, wenn nicht der Nerv selbst, sondern nur das ihn umgebende Bindegewebe von der Injection getroffen wurde. Da die einmal erreichte Anaesthesie 4—5 Stunden unverändert anhält, kann man mit der Operation auch ruhig warten. Aber das kommt für den prakt. Arzt kaum in Betracht. Derselbe muss doch bestrebt sein, den Nerven möglichst genau zu treffen, und das hat manchmal seine Schwierigkeiten. Sicher zu treffen sind die subcutanen Nerven an Vorderarm und Unterschenkel. Für den Ober-

arm lässt sich, da die Nerven an zahlreichen Stellen die Fascie durchbohren, mit der Leitungsanaesthetie nicht viel erreichen. Ueber Oberschenkel und Hals hat Autor keine Erfahrungen. Hierher gehört noch die regionäre Anaesthetisierung von Fingern und Zehen als Ersatz der Oberst'schen Methode für die Fälle, in denen kein Platz für den Schlauch ist. Durch subcutane Injection in Form eines nach dem Finger offenen Halbkreises auf Hohlhand und Handrücken und tiefe Injection jederseits in die Gegend der Nervenstämme wurde stets rasch und vollständig Anaesthetie des ganzen Querschnittes des Fingers erzielt. Während also die Leitungsanaesthetie an subcutanen Nerven überall ausgezeichnete Resultate giebt, wo nur die Nervenvertheilung geeignet ist, so nimmt die Sicherheit der Methode etwas ab, sobald es sich um die Injection subfascial gelegener Nerven handelt. Selbst bei dem so günstig gelegenen N. ulnaris, den Autor oft prompt anaesthetisirte, musste er bisweilen sehr lange auf den Eintritt der Leitungsanaesthetie warten, und beim N. medianus waren die Resultate ziemlich unsicher. Vielleicht wirken hier mitunter Abweichungen in der anatomischen Lage störend, die ja nur unbedeutend zu sein brauchen, um doch schon den Nervenstamm aus dem Bereiche der Injection zu bringen. Immerhin bedeutet das Verfahren einen wichtigen Fortschritt auf dem Gebiete der Localanaesthetie und ist geeignet, oft das manche Nachtheile bietende Infiltrationsverfahren zu verdrängen. Durch dasselbe sind auch zwei Operationen der Localanaesthetie zugänglich geworden: Die Kauterisation ist unter Infiltrationsanaesthetie nicht möglich, weil das Cocain durch die Hitze zerstört wird; bei regionärer Anaesthetie ist sie gut ausführbar. Auch bei der Hautentnahme zur Transplantation leistet letztere gute Dienste; am geeignetsten zur Deckung kleinerer Defecte ist die Streckseite des Vorderarmes. Als sehr werthvoll hat sich Adrenalin auch erwiesen bei Zahnextraktionen. 2000 wurden bereits unter Cocain-Adrenalin gemacht. Verwendet wurde 1%ige (auch 0,5%ige) Cocainlösung, von der 1—1½ ccm injicirt wurden; das Adrenalin wurde in einer Menge von 5—8—10 Tropfen auf 10 ccm Cocainlösung zugesetzt. Misserfolge kamen nur manchmal bei Periostitis vor, sowie bei den unteren Molaren, weil hier an der lingualen Seite die Injection schwierig ist wegen des Ueberhängens des Alveolarfortsatzes. Häufiger trat am Tage nach der Injection Oedem der Wange auf, Collaps nicht häufiger, als bei blosser Cocaininjection. Bei den

sonstigen Operationen wurden schädliche Allgemeinwirkungen nicht beobachtet, auch bei grösseren Dosen nicht. Locale Schädigungen sind von Cocain in isotonischer Lösung nicht zu befürchten, wohl aber unter Umständen vom Adrenalin, und zwar in Gestalt von Nachblutungen und Lappen- oder wenigstens Randnekrosen. 6 mal kam es zu Nachblutungen, darunter 5 mal nach der Hackenbruch'schen Anaesthetie, und 5 mal zu Lappengangraen. Praktisch ist letztere besonders wichtig für Fingerverletzungen, durch die so oft Lappen geschaffen werden mit schmaler Basis, deren Circulation durch Quetschung noch beeinträchtigt ist, die wir aber doch zur Deckung gern erhalten möchten. Gerade bei Fingerverletzungen ist ja aber der Adrenalin-zusatz entbehrlich (s. oben). Sonst wird man vorsichtige Dosirungen wählen (Braun will jetzt nicht mehr als 5 Tropfen auf einmal injicirt wissen). Schädigungen sind ausgeschlossen, wenn man das Adrenalin, wie bei der Leitungsanaesthetie, entfernt vom Wundgebiete injicirt. Es empfiehlt sich also, wenn man es mit schlecht genährten Lappen zu thun hat, die circuläre durch die Leitungsanaesthetie zu ersetzen.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 35.)

— **Weitere Erfahrungen zur Scopolamin - Morphin - Narkose** theilt Dr. B. Korff (St. Josefs-Krankenhaus Freiburg i. B.) mit und gelangt auf Grund von 200 derartigen Narkosen zu folgenden Schlüssen:

1. Die Scopolamin-Morphin-Narkose ist wohl geeignet in ihrer Dosirung von Scopolamin 0,001, Morphin 0,025 pro Einzelfall in getheilten Dosen und Zeiten $\frac{1}{3}$ der Dosis $2\frac{1}{2}$ Stunden, $\frac{1}{3}$ der Dosis $1\frac{1}{2}$ Stunden und $\frac{1}{3}$ der Dosis $\frac{1}{2}$ Stunde vor der Operation, andere, bisher übliche Narkosen zu ersetzen.
2. Sie lässt in dieser Dosis keine Gefahr, namentlich für Herz- oder Lungenthätigkeit erkennen. Auch andere Organerkrankungen, Nieren-, Leber-, Magen-Darm-Störungen etc. sind nicht beobachtet worden.
3. Die Narkose ist deshalb für den Praktiker zu empfehlen, namentlich auch weil sie den Narkotiseur entbehrlich macht.
4. Die Wirkung der Narkose ist bei verschiedenen Individuen eine verschiedene; es giebt einzelne Individuen, die auf die Mischnarkose merkwürdig schwach reagiren, bei diesen müsste die Narkose in obiger Form entweder durch eine weitere Dosis von Scopolamin

0,0002—3 und Morphin 0,005 bis Morphin 0,01 verstärkt werden, oder durch Chloroform- resp. Aether-Tropfnarkose.

Höhere Scopolamin-Dosen halte ich nach bisherigen Erfahrungen nicht für erlaubt.

5. Die Hauptannehmlichkeiten der Narkose bestehen im Wegfallen der quälenden Brechneigung während und nach der Operation und der dadurch bedingten Gefahren. Ferner besteht die Möglichkeit kurz vor der Narkose, sowie bald nach dem Aufwachen aus der Narkose, nährende Flüssigkeiten zu geben.
6. Höhere Dosen, als die von mir angegebenen, anzuwenden, würde ich wenigstens zunächst widerrathen.
7. Bei dem während der Narkose vor, während und nach der Operation eintretenden oft sehr tiefen Schlaf ist darauf zu achten, namentlich bei zahnlosen älteren Leuten, dass die Zunge, zurück sinkend, durch Druck auf den Kehlkopfdeckel die Athmung nicht sistire, Vorschieben des Unterkiefers nach vorne mit dadurch bedingtem Vorrücken der Zunge beseitigt die Störung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 33.)

Augenentzündungen. Unguent. Credé in der Augen-

heilkunde hat Dr. W. Feilchenfeld (Charlottenburg) mit bestem Erfolge benützt. Seine Erfahrungen erstrecken sich auf etwa 200 Pat. mit äusseren Augenerkrankungen. In mehreren Fällen von *Phlegmone des Thränensackes* wurde reines Unguent. Credé über der entzündeten Parthie eingegeben, was sehr gut einwirkte. Auch bei *Lidabscessen*, *Lidfurunkeln*, *Hordeolen* meist schneller Ablauf des Processes, Beschränkung auf einen kleinen Herd, Verflüssigung des Pfropfes, sodass eine kleine Incision zur Ausheilung genügte (die offene Wunde wurde mit Ung. Credé verbunden); bei beginnenden Furunkeln gelang es, durch frühzeitige energische Einreibung den Process zu coupiren. Auch bei hartnäckiger *Blepharitis* oft Erfolg. Desgleichen bei *Conjunctivitis simplex chronica*, *simplex acuta*, *purulenta*, *crouposa*, bei *Keratitis superficialis scrophulosa*, *Ulcus corneae* und *Hypopyon-Keratitis*, *Hornhautinfiltraten*. Hauptsächlich bei infectiösen äusseren Augenkrankheiten scheint die Salbe ihre günstige Wirkung zu entfalten; bei phlyktaenulären Entzündungen und frischer *Keratitis parenchymatosa* ist sie contraindicirt. Man applicirt in schwereren Fällen

die Salbe pur, sonst im Verhältniss 1:2—3 Vaseline, Resorbin, Unguent. Paraffin., sie mit einem Glasstabe mehrmals am Tage in den Bindehautsack einschmieren lassend.

(Therap. Monatshefte, September 1904.)

- **Bemerkungen über Häufigkeit und Verhütung der Blennorrhoea neonatorum** macht Doc. Dr. Wintersteiner auf Grund des im St. Anna-Kinderspital in Wien beobachteten Materials. Wenn Cohn sagt: „Die Augeneiterung der Neugeborenen kann und muss aus allen civilisirten Ländern verschwinden,“ so muss Autor bezweifeln, dass dies allein durch das Credé'sche Verfahren möglich sein wird, selbst wenn dieses überall richtig und gewissenhaft durchgeführt wird. Bei Betrachtung seines Materials muss sich Autor sagen, dass auch regelrecht durchgeführte Credé'sche Prophylaxe oft nicht im Stande gewesen wäre, den Ausbruch der Blennorrhoe zu verhindern. So brachten zwei Kinder die Blennorrhoe schon mit auf die Welt; in beiden Fällen war der Geburtsact keineswegs protrahirt, es konnte sich nur um bereits intrauterin erfolgte Infection handeln. Ferner traten bei 40 von 122 Kindern die ersten Zeichen der Eiterung erst nach dem 5. Tage auf (bei 7 erst am 10.—14. Tage, bei 6 erst in der 3. Woche). Diese Blennorrhoeen waren nicht durch den Geburtsact hervorgerufen, es waren zweifellos secundäre Infectionen, bewirkt durch das Lochialsecret der Mütter, die ausnahmslos die Kinder in ihren Betten hatten, und zwar zu Hause, unter elenden hygienischen Verhältnissen, wo die Kinder sicher durch die Bettwäsche oder Hände leicht inficirt werden konnten. Was konnte da das Credé'sche Verfahren helfen? So rationell und nützlich dasselbe ist, die Prophylaxe dürfte eben damit nicht ihr Ende haben. Die Mütter müssten aufgeklärt werden über die Gefahren, die ihr Lochialsecret bei Unreinlichkeit für die Augen ihrer Kinder bedeutet, und zwar müsste diese Belehrung von den Hebeammen ausgehen, die ja bei jeder Geburt dabei sind. — Was die *Therapie* der Blennorrhoe betrifft, so befolgt Autor die Methode von Stellwag: 1—2stündliche Ausspülungen des Bindehautsackes mit einer hellweinrothen (1:1000) Lösung von Kal. permang., sowie 1—2 mal täglich Touchirung mit 2%iger Höllensteinlösung. Mit dieser Therapie hatte er stets Erfolg, nie hatte er einen Verlust, nie auch nur eine Schädigung der Hornhaut zu beklagen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904 No. 37.)

- **Zur Verhütung der Blennorrhoea neonatorum nach Credé** ergreift Dr. Ernst (Köln) das Wort. 2% ige Höllensteinlösung bewirkt bisweilen Reizerscheinungen. Die Erfahrungen im Kölner Wöchnerinnenasyle haben Autor schon vor 5 Jahren dahin geführt, zuerst auf eine 1½% ige Lösung herunterzugehen. Nachdem er diese Lösung zwei Jahre gebrauchte und bei 900 Kindern keinen Fall infectiöser Conjunctivitis erlebt hatte, ist er vom 1. Januar 1902 zu einer 1% igen Lösung übergegangen, weil bei 1½% iger Lösung immer noch, wenn auch leichtere, Reizungen vorkamen. Bis zum 1. Juli 1904 wurden 1111 Geburten ohne einen Fall von Blennorrhoe beobachtet. Ein Fall von anfänglich schwerer eitriger Conjunctivitis kam vor, dadurch entstanden, dass die Hebeamme den Rest einer alten Höllensteinlösung benützte, die wohl durch Verdunstung concentrirt war; der Fall ging, nur mit Borwasserwaschung behandelt, nach vier Tagen glatt in Heilung über. 1% ige Höllensteinlösung wurde stets sehr gut vertragen, war erfolgreich und reizte nicht. Wenn man bedenkt, dass noch immer 30% aller Erblindeten ihr Unglück der Blennorrhoe verdanken, so ist es dringend zu wünschen, dass gesetzlich die Hebeammen gezwungen werden, Einträufelungen zu machen. Man kann ihnen ruhig 1% ige Höllensteinlösung in die Hand geben, nur muss man ihnen einschärfen, wenn $\frac{2}{3}$ der Flasche aufgebraucht sind, den Rest wegzugiessen.

(Centralblatt f. Gynaekologie 1904 No. 41.)

Erysipel. Zur Erysipeltherapie erinnert Prof. Kolaczek an ein Verfahren, das er schon 1893 angegeben hat. Auch im Laufe der letzten zehn Jahre hat er regelmässig den das Fortschreiten dieser Entzündung hemmenden und aufhebenden Einfluss dieses Verfahrens beobachten können, sodass er immer mehr von seiner therapeutischen Wirksamkeit sich überzeugt hat. Je früher es beim Ausbruch des E. zur Anwendung kommt, desto rascher und sicherer macht sich seine die Infection coupirende Wirkung geltend. Innerhalb 1—3 Tagen fällt das Fieber zu normaler Körpertemperatur ab, schwindet die Schwellung der Haut und verblasst ihre Röthung unter Wiederkehr eines guten Allgemeinbefindens. Am einfachsten gestaltet sich das Verfahren an den Extremitäten und am Rumpfe; schwierig und weniger zuverlässig ist seine Ausdehnung auf den Kopf. Der vom E. befallene Hautabschnitt wird mit einem diesen nach allen Seiten hin um etwa eine

Handbreite überragenden Stück dünnen und zweckmässig vorher in Carbolwasser getauchten Gummipapiers so bedeckt, dass dieses möglichst faltenlos der Haut anklebt. Für die Unterhaltung dieses innigen Contacts sorgt eine mittels Binde fest angepresste Schicht Watte. Sollte dieser erste Occlusivverband eine Rückbildung der Entzündung nach etwa 24 Stunden noch nicht zur Folge haben, was sich durch Fortdauer des Fiebers leicht zu erkennen giebt, sollte vielmehr die Hautröthung die Grenzen der Gummipapierplatte irgendwo überschreiten, so muss dem Fortkriechen der Entzündung entsprechend ein neues, reichlich bemessenes Stück Gummipapier in der beschriebenen Weise hinzugefügt werden. Für den Autor ist auf Grund vieljähriger Erfahrung die coupirende Heilwirkung dieses Verfahrens über jeden Zweifel erhaben.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1904 No. 14.)

- Einen Fall von **Erysipelas neonatorum gangraenosum** theilt Dr. E. Nohl (Müllheim i. B.) mit. Die Diagnose schwankte anfangs zwischen E. und *Oedema neonatorum*. Auf ersteres deutete die anfangs sich zeigende Röthung und Schwellung des äusseren Genitale hin, doch war kein Fieber vorhanden, während bei E. die Temperatur gewöhnlich recht hoch ist. Für Infection sprach wiederum der Umstand, dass vor und nach der Geburt des Kindes in der Familie mehrfache infectiöse Affectionen vorkamen. Eine Eingangspforte für die Infection war freilich nicht zu eruiren, eine Wunde, Intertrigo und dergl. nicht zu sehen. Die Aehnlichkeit mit *Oedema neonatorum* wurde durch diestarre gleichmässige, nicht auf den ersten Blick als entzündlich erkennbare diffuse Schwellung der unteren Extremitäten und des Rückens erzeugt, sowie durch die eigenthümliche zarte Marmorirung der Haut und das anfängliche Fehlen des Fiebers. Bei dem Oedem der Neugeborenen handelt es sich aber meist um zu früh geborene, schwächliche, schlecht gepflegte Kinder, alles dies lag hier nicht vor, ferner besteht regelmässig starkes Sinken der Temperatur unter die Norm (hier war sie anfangs normal, dann hoch), es tritt der Exitus unter starker Untertemperatur im Collaps ein (hier in Sepsis mit meningitischen Symptomen), es zeigt sich nie Röthung, Nekrose, wie hier. Nach Hensch soll *Erysipelas neonatorum* zu *Oedema neonatorum* führen können. Es sind aber wohl besser beide Affectionen scharf von einander zu trennen, und man wird nur die Möglichkeit zugeben, dass die erysipelatöse oder erysipelähnliche septische In-

fection mit folgender Gewebse Nekrose ein dem Oedema neonatorum äusserlich ähnliches Zwischenstadium haben kann.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 37.)

Fracturen und Luxationen. Die unvollständigen

Abrissbrüche der Tuberositas tibiae bespricht Dr. H. Mohr (Bielefeld). Die typischen *vollständigen* Abreissungen des Schienbeinstachels durch gewaltsame Zusammenziehung des Quadriceps oder durch gewaltsame Dehnung des zusammengezogenen Muskels sind seit langem bekannt, dagegen wurden die einfachen Zerrungen und Lockerungen des Schienbeinstachels und die unvollständigen Abreissungen ohne oder ohne stärkere Verschiebung als an und für sich leichtere Erkrankungen weniger beachtet und bei ungenügender Untersuchung öfters mit rheumatischen oder sonstigen Gelenkleiden verwechselt. Man findet eine derartige Verletzung am häufigsten bei Knaben von 12 bis 17 Jahren, selten bei Mädchen; immer handelt es sich um sehr muskelstarke Menschen. Dass die Verletzung mit Vorliebe im Pubertätsalter auftritt, erklärt sich aus den anatomischen Verhältnissen. Der Schienbeinstachel entwickelt sich vom Epiphysenknorpel aus gewöhnlich als zungenförmige, dem Schafte vorgelagerte Spange, manchmal aus einem besonderen Knochenkern. Durch Röntgenbilder ist festgestellt, dass der als Schienbeinstachel bezeichnete schnabelförmige Fortsatz der oberen Schienbeinepiphyse durch ein Gegeneinanderwachsen des auf der Tuberositas liegenden Knochenkerns aus der Epiphysenplatte entsteht, und dass die Verbindungsstelle der beiden Theile des Epiphysenfortsatzes einen Locus minoris resistentiae bildet. Zur Zeit der Pubertät ist der Fortsatz noch durch eine Knorpellage vom Schafte getrennt, und die mechanischen Verhältnisse, nämlich der Ansatz der stärksten Muskelgruppe des Körpers an dieser Stelle macht sie empfänglich für eine Abtrennung vom Schaft oder wenigstens eine Lockerung durch plötzliche gewaltsame Zusammenziehungen dieser Muskeln. Der genauere Entstehungsmechanismus ist dabei wohl ein ähnlicher, wie bei den vollständigen Abreissungen, nur von geringerer Wirkung; die Verletzung findet also in Streckstellung des Beines statt, wenn bei festgehaltener Kniescheibe eine Bewegung forcirt wird, oder aber bei stärkster Beugung des Gelenkes. Daher sieht man die Verletzung am häufigsten bei muskelstarken Menschen im Pubertätsalter während des Spielens und Turnens eintreten, besonders beim Hochsprung, beim Voltigiren über ein sogen.

Pferd und ähnlichen Uebungen, jedoch wird bei einfachen Zerrungen und Lockerungen der Tuberositas nicht immer ein einmaliges bestimmtes Trauma angegeben, sondern event. auch mehrfach wiederholte derartige Anstrengungen. Der Symptomencomplex ist gewöhnlich recht charakteristisch; am bezeichnendsten ist der typische Druckschmerz, welcher auf der Tuberositas tibiae etwa $2\frac{1}{2}$ cm unterhalb der Kniegelenksspalte an einer genau mit der Fingerkuppe zu deckenden Stelle vorhanden ist. Im weiteren Verlauf findet man oft die Tuberositas mehr oder weniger stark verdickt und druckschmerzhaft. Die Schmerzen bei Gelenkbewegungen sind sehr verschieden stark, oft so gering, dass sie wochenlang wenig beachtet werden; in anderen Fällen ist die Gelenkfunction infolge der Schmerzen behindert, selten ganz aufgehoben; zumal nach erneuten Anstrengungen, bei denen der Quadriceps stark angespannt wird, können sich die sonst event. geringen Schmerzen steigern. Bei einfacher Lockerung des Fortsatzes ist das Kniegelenk wohl meist nicht betheiligt, doch findet man manchmal auch einen serösen oder Bluterguss im Gelenk; die Betheiligung des Schleimbeutels unter dem Kniescheibenband scheint selten zu sein. Die Diagnose ist bei einfacher Lockerung des Fortsatzes ohne Verdickung mit absoluter Sicherheit wohl nur durch das Röntgenbild zu stellen; im Allgemeinen ist jedoch das Bild so bezeichnend, dass man meist ohne Durchleuchtung auskommen wird. Bei zweckmässiger Behandlung erfolgt stets knöcherne Vereinigung; die Prognose bezüglich der Function ist jedoch selbst ohne Behandlung gewöhnlich gut, jedoch dauern dann die Schmerzen länger, oft monatelang. Die Behandlung besteht in Ruhe, wenigstens in Vermeidung stärkerer Anstrengungen (Turnen!), ein Heftpflasterverband fixirt den Fortsatz, frühzeitig wird massirt. — Dass nun ein ganz ähnlicher Symptomencomplex auch bei Erwachsenen vorkommt, zeigt ein von Mohr beobachteter Fall: 30jähriger, kräftig gebauter Mann, guter Turner, spürt seit $\frac{3}{4}$ Jahr Schmerzen in der Gegend des rechten Kniegelenks; dieselben traten ohne bestimmte Ursachen nach dem Turnen auf und wurden in letzter Zeit schlimmer, besonders nach starkem Springen. Die rechte Tuberositas tibiae geschwulstartig verdickt, bildete einen walnussgrossen, flachen, leicht druckschmerzhaften Vorsprung. Kniegelenk ganz normal, gewöhnliche Bewegungen schmerzlos. Auf Verbot des Turnens für zwei Monate, Priessnitz, Jodvasogeneinreibungen allmählich Heilung. Es handelte sich hier wohl mehr um eine

häufiger wiederholte Zerrung und Lockerung des Fortsatzes, als um ein einmaliges stärkeres Trauma; im Anschluss hieran war infolgedes andauernden traumatischen Entzündungsreizes eine ossificirende Periostitis eingetreten. Vermuthlich ist derartige nicht sehr selten; die Diagnose ist immerhin wichtig, weil die Beschwerden, welche sonst recht anhaltend werden können, durch geeignete Behandlung rasch beseitigt werden. (Monatsschrift f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen 1904, Nr. 8.)

- **Ueber Drahtgypsbindenverbände** macht Privatdoc. Dr. Gebele aus der Münchener chirurg. Klinik Mittheilung, wo seit einiger Zeit diese von der deutschen Drahtgypsbindenfabrik München hergestellten Binden zur Anwendung gelangen. Steifgaze und ein feines, sehr biegsames Messingdrahtgewebe von eigener Webart werden in beliebigen Breiten und Längen in Streifen geschnitten. Das Drahtgewebe wird von der besonders hergestellten Gaze überfalzt, mit bestem Alabastergyps eingestreut und zu einer Binde aufgerollt, die in einer luftdicht schliessenden Blechdose in den Handel kommt. Zur Anlegung eines Gehverbandes für Unterschenkelfracturen bedarf es nur zweier derartiger Binden (à 10 cm breit, 3 m lang und 6 cm breit, 4 m lang), für einen Unterschenkelverband mit Ausschluss des Kniegelenks genügt eine einzige. Derartige Verbände sind sehr leicht und dauerhaft, stets gebrauchsfertig, aber freilich theurer als der gewöhnliche Holzspahngypsverband.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 42.)

- Ein **casuistischer Beitrag zu den Oberschenkel luxationen** wird von Dr. M. Karehnke (Alpirsbach) geliefert. Ein 24jähr. Mann bekam beim Abladen von Langholz aus Eisenbahnwagen durch einen rollenden Baumstamm einen Schlag auf die linke Beckenseite. Befund zwei Stunden nach der Verletzung: Linke untere Extremität auswärtrotirt und abducirt, im Hüftgelenk stumpfwinklige Flexion, ziemlich starke Beugung im Kniegelenk. Genaue Abtastung wegen grosser Schmerzhaftigkeit nicht möglich. In tiefer Aethernarkose lässt sich die Diagnose *Luxatio femoris nach vorn* mit Sicherheit stellen; Kopf in der Gegend des Foramen obturatum. Reposition wurde so vorgenommen, dass zwei Gehülfen den Oberkörper des auf der Matratze liegenden Pat. fixirten und Autor selbst mit einem Gehülfen die Ueberstreckung des Beines durch starken Zug bewirkten, um den Schenkelkopf der Pfanne zu nähern; an den Zug wurde die Rotation nach innen und Adduc-

tion angeschlossen, und unter lautem Schnappen war die Luxation behoben. Schon nach 3 Tagen Gehversuche. Pat. wurde vollkommen arbeitsfähig.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 39.)

Insectenstiche. Gegen die Mückenplage empfiehlt Schill

zwei wirksame, vielfach selbst erprobte Mittel, eines zur Linderung des Schmerzes nach einem Mücken- oder Bienenstich, das andere zur Abhaltung der Mücken von den unbedeckten Körperstellen. Das erstere ist Natr. bicarbon., das Autor als ausgezeichnetes schmerzlinderndes Mittel bei Verbrennungen seit Jahren schätzt, und das man mit etwas Wasser zu einem Teig auf dem Stich selbst anrührt, oder von dessen gesättigter resp. übersättigter Lösung, die man in einem Fläschchen mitführt, man wiederholt auf tupft oder aufpinselt oder mittels eines kleinen Wattetampons auflegt. Das zweite Mittel ist eine Lösung von Thymol in 50%igem Spiritus (2:100), welche man mittels eines Mullläppchens auf Hände, Nacken und Gesicht aufträgt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 35.)

- **Zur Casuistik des Bienenstiches** berichtet Dr. O. Neumann (Teltsch) über einen Fall von schwerer Intoxication durch Bienenstiche. Ein 28jähriger starker, bis dahin gesunder Mann wurde von einem Bienenschwarm angefallen. Unmittelbar darauf stürzte er besinnungslos hin und bot, als ihn Autor 1½ Stunden später sah, das Bild schweren Collapses dar: Gliedmaassen kalt und cyanotisch, Puls in der Radialis unfehlbar, 56 Herzcontractionen, Temperatur der Achselhöhle 35,4°. Es war schwer, den Collaps zu beheben und den Pat. der vollständigen Apathie zu entreissen, auch bekam derselbe Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen, Stuhl drang, welche Erscheinungen erst nach 2 Tagen verschwanden.

(Wiener med. Wochenschrift 1904 No. 36.)

Osteomyelitis. Ein Beitrag zur Aetiologie der acuten

Osteomyelitis wird von Dr. Durlacher (Ettlingen) geliefert. Derselbe theilt einen Fall mit, welcher wieder zeigt, dass die Latenz der Mikroorganismen im Körper sich auf Jahre erstrecken kann. 12jähriges Kind, noch nie krank gewesen, fiel vor 2½ — 3 Jahren einmal im Garten und erlitt eine unbedeutende Verletzung an der Aussenseite des rechten Oberschenkels, oberhalb des Knies;

die Wunde soll einige Wochen bis zur Verheilung geeitert haben. Jetzt erkrankte es plötzlich in scheinbarem Wohlbefinden und starb nach wenigen Tagen. Die Section ergab als Todesursache acute Staphylokokkenosteomyelitis an der Epiphysenlinie des rechten Femur mit Uebergreifen auf das Kniegelenk; bei der Spaltung der Musculatur an der Aussenseite des rechten Oberschenkels fand sich im intermusculären Bindegewebe ein kleines Kieselsteinchen vor. Unter diesen Umständen war es klar, dass zwischen der O. und der vor einigen Jahren vorgekommenen Verletzung, bei welcher zweifelsohne das Steinchen in die Musculatur gerieth, ein aetiologischer Zusammenhang bestehen musste; man musste zur Annahme gelangen, dass mit jenem Steinchen Staphylokokken einwanderten, welche sich so lange Zeit latent verhielten, um dann zur O. zu führen. Denn dieser war keine Infectiouskrankheit, keine entzündliche Affection, kein Trauma vorausgegangen, und man hätte an eine spontane O. glauben müssen, wenn man nicht auf jenen Fremdkörper gestossen wäre. Wie wichtig diese Beobachtung auch für das Unfallversicherungswesen ist, liegt auf der Hand. Bis jetzt verlangte man, um die O. mit einer wenn auch noch so geringfügigen Verletzung in Zusammenhang bringen zu können, sowohl vollkommen locale Uebereinstimmung als auch unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Verletzung. In obigem Falle ist auch ohne letzteren die Sachlage klar. Wie sollte sonst gerade an dem Röhrenknochen, in dessen Nähe der Fremdkörper lag, sich die O. entwickelt haben? Dass die Staphylokokken jahrelang in Latenz verharrten, ist nicht über- raschend; sehen wir doch auch O. durch Gonokokken auftreten, nachdem längere Zeit zuvor Gonorrhoe bestanden hat. Dass wir auch berechtigt sind, diese Fälle, sowie auch die durch Pneumokokken und Typhusbakterien hervorgerufenen, als reine acute Osteomyelitisformen aufzufassen, steht ausser Zweifel. Was den Weg anbelangt, auf dem im obigen Falle die Infection zustande kam, so muss man die Sache so erklären, dass die ursprünglich mit dem Fremdkörper eingedrungenen Staphylokokken im Gewebe liegen blieben, eine Entzündung und nekrotische Gewebsveränderung hervorriefen und durch Gewebsneubildung eingekapselt wurden. Durch das Wachsthum und durch event. mechanische Ursachen, wie Hüpfen, Springen u. s. w. ist ohne Zweifel eine weitere Invasion in das angrenzende Gewebe erfolgt, und es wurden Kokken dem Periost und Knochenmark zugeführt. Wie auch immer der Weg sein

mag, bei winziger, makroskopisch nicht sichtbarer Grösse des Fremdkörpers wäre sicher die Erkrankung als spontan entstanden betrachtet worden. Wie nahe liegt nun hier die Hypothese, dass bei den Fällen, die ohne nachweisbare Traumen oder nach Einwirkung eines ganz unbedeutenden mechanischen Insults auftreten, anzunehmen, dass die Kokken von der Haut aus ins Gewebe gelangen. Und dass thatsächlich sehr häufig nur ganz geringe Traumen als Ursache für den Ausbruch der O. angesehen werden müssen, haben verschiedene Autoren betont. Wie oft zeigt es sich auch, dass nach relativ sehr leichten Verletzungen, z. B. an Hand oder Fuss, später tuberculöse Processe auftreten! Wir beschuldigen dann diese kleinen Laesionen als günstigen Nährboden für die im Blute kreisenden Bakterien, beschuldigen die „Disposition“, sprechen von „Locus minoris resistentiae“ u. s. w. Wie viel leichter erklären sich solche Fälle, wenn man die anscheinend unversehrte Haut, die aber durch das Trauma doch vielleicht mikroskopische Laesionen erlitten hat, als Eingangspforte der Mikroorganismen betrachtet! Autor möchte daher aus seiner Beobachtung folgende Thesen ziehen:

1. Viele sogen. spontan auftretende Osteomyelitisfälle verdanken ihre Entstehung dem anlässlich des Traumas bewirkten Eindringen von Bakterien durch die anscheinend unverletzte Haut.
2. Es ist nicht ausgeschlossen, dass auch die Aetiologie bei manch anderen durch Trauma bewirkten entzündlichen Infectiouskrankheiten die gleiche ist.
3. Um eine O. mit einer Verletzung in Zusammenhang zu bringen, ist wohl örtlicher, aber nicht unmittelbar zeitlicher Zusammenhang erforderlich; es ist daher der Termin, bis zu welchem zwischen Trauma und Ausbruch der O. ein Causalnexus als bestehend erachtet werden kann, nicht nur auf 14 Tage, wie bisher angenommen wurde, sondern auf einige Jahre, zum mindestens auf $2\frac{1}{2}$ Jahre, auszudehnen.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 38.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Die

Diagnose der Extrauterinschwangerschaft bespricht Prof. Dr. R. Olshausen (Berlin). Man hat festzustellen: ob Extrauterinschwangerschaft vorliegt, wo das Ei sitzt, ob es bereits abgestorben ist oder noch lebt. Zunächst die *Fälle der ersten 2 Monate*. Dies sind bei Weitem die

häufigsten, und in der grossen Mehrzahl der Fälle läuft die Schwangerschaft im 2. Monat ab, sei es durch Berstung des Fruchtsacks, sei es durch Lösung des Eies von seiner Insertion und vollständige oder unvollständige Ausstossung des Eies in die Bauchhöhle, sog. tubarer Abort. Ist ein derartiges Ereigniss schon eingetreten, so ist im Allgemeinen die Diagnose unschwer und weit leichter, als in Fällen, wo die Schwangerschaft noch ungestört fortbesteht. Zwar haben wir nur zwei Symptome, auf die wir die Diagnose stützen können: das Ausbleiben der Menstruation, die Zeichen der acuten inneren Blutung und bisweilen den Nachweis einer seitlich vom Uterus gelegenen kleinen Anschwellung (doch ist letztere oft nicht vorhanden oder sehr undeutlich). Die Frauen kommen nach der Ruptur des Fruchtsackes oder nach eingetretenem Tubarabort gewöhnlich so ausgeblutet zum Arzt, dass die Diagnose der inneren Blutung sofort zu stellen ist. Der Nachweis einer mehr oder minder grossen Flüssigkeitsansammlung in abdomine ist unschwer zu erbringen. Die innere Untersuchung ergibt noch keinen als Haematocele zu deutenden Tumor hinter dem Uterus, denn es handelt sich noch um freien, nicht abgekapselten Bluterguss. In 1–2 Tagen kann aber die retrouterine Haematocele nachweisbar sein, d. h. die Blutung hat sistirt und das ergossene Blut ist abgekapselt. Nun ist freilich zuzugeben, dass eine ganz sichere Diagnose auf Extrauterinschwangerschaft aus der nachweisbaren inneren Blutung nicht zu stellen ist. Ist aber die sonst regelmässige Menstruation einmal ausgeblieben, so kann die Diagnose doch als sicher angesehen werden, wenn nicht eine evidente andere Ursache der Blutung vorhanden ist. Eine solche Ursache könnte ein heftiges Trauma sein, welches zur Berstung einer varicösen Vene des Plexus pampiniformis führen kann. Einen solchen Fall hat Autor gesehen, wie er auch in einem anderen Falle eine Haematocele retrouterina nach Ruptur eines Ulcus ventriculi beobachtete. Im Allgemeinen aber kann man sagen: Wenn bei einer Frau die Regel einmal (seltener zweimal) ausgeblieben war und nun ein starker intraabdominaler Bluterguss, mit den Zeichen acuter Anaemie, nachweisbar ist, irrt man nicht in der Annahme einer zu Ende gegangenen Extrauterinschwangerschaft. Etwas zweifelhafter kann die Diagnose werden, wenn die Menstruation nicht ausgeblieben war. Solche Fälle sind gar nicht so selten, und man wird sich, wo die innere Blutung offenbar abundant ist, dadurch in der Diagnose

nicht beirren lassen. Es kann gewiss eine Tubenschwangerschaft auch schon im ersten Monat zu Ende gehen oder die Menstruation kann, bei der leeren Uterushöhle, auch wohl fortbestehen, kommt sie doch selbst bei uteriner Schwangerschaft bisweilen noch ein einzelnes Mal abgeschwächt zustande. Ungleich schwieriger wird die Diagnose der Tubenschwangerschaft in den *ersten 2—4 Monaten*, wenn keine Ruptur und kein Tubenabort eingetreten ist, oder in solchen Fällen, wo der eine oder der andere Ausgang ohne acute Erscheinungen und ohne erhebliche Blutung nach innen verlaufen war. Hier stützt sich die Diagnose auf das Ausbleiben der Regel, den Nachweis eines seitlich vom Uterus oder hinter ihm, im Douglas gelegenen Tumors, welcher als schwangere Tube angesprochen werden kann, aus gewissen Veränderungen des Uterus und bisweilen gewissen Erscheinungen an den Kranken. Das Ausbleiben der Regel ist vom ersten Monat abgesehen, doch ziemlich constant, wenn es nicht durch eine eingetretene und oft viele Wochen lang andauernde Blutung, welche von der Lösung der Decidua abhängt, unklar gemacht wird. Der fühlbare Tumor kann für eine schwangere Tube genommen werden, wenn er nicht die meist vollkommen kugelige Form eines Ovarientumors hat und nicht zu tief nach dem Douglas zu liegt, besonders aber dann, wenn man neben diesem fraglichen Tumor noch deutlich das unveränderte Ovarium erkennt, was besonders leicht bei der Untersuchung per rectum der Fall sein kann. Die Schwangerschaftsveränderungen am Uterus können schon Ende des zweiten Monats deutlich sein; deutlicher noch sind sie im dritten und vierten Monat. Sie bestehen in der Vergrößerung des Organs nach allen drei Dimensionen und in dem Teigigwerden seiner Wandung. Der Finger bekommt ein Gefühl von leichter Eindrückbarkeit der Wandung. Die Vergrößerung des Organs geht nicht so leicht über das Mass wie am Ende des zweiten Monats einer uterinen Schwangerschaft hinaus. Nur ganz ausnahmsweise kann eine Grösse wie im dritten Monat erreicht werden, jedoch auch dieses nur bei schon vorgeschrittener Tubargravidität. Ein wichtiges Symptom kann der Diagnose noch zu Hülfe kommen: die Ausstossung der Decidua aus dem Uterus. Dieselbe wird dann stets in toto ausgestossen, in der bekannten dreieckigen Form, und ist natürlich nur eine Decidua vera, welche also ihre rauhe Seite nach aussen kehrt, die glatte nach innen. Schneidet man den glatten Sack auf, so ist weder eine

Decidua reflexa, noch Theile des Eies darin zu finden. Die häufigste Fehldiagnose in den ersten Monaten der Gravidität ist die, dass die tubare Gravidität für eine uterine genommen wird. Die Menses sind ausgeblieben, andere Schwangerschaftszeichen sind ebenfalls vorhanden, die Frau selbst glaubt sich schwanger, der Uterus zeigt vielleicht auch schon einige Veränderungen und der noch kleine Tubentumor wird übersehen. Dann ist die Diagnose einer normalen Uterinschwangerschaft begreiflich. Gegen einen Irrthum dieser Art kann nur eine genaue Untersuchung schützen und allenfalls die verhältnissmässige Kleinheit des Uterus im Vergleich zur Zeit der bestehenden Amenorrhoe. Besonders häufig wird eine tubare Gravidität für eine uterine genommen, wenn mit oder ohne Unterbrechung der Tubarschwangerschaft Blutung nach aussen eintritt infolge der sich lösenden Decidua. Da die Menses ausgeblieben sind, der Uterus vielleicht vergrössert gefunden wird und Blutung begonnen hat, wird sehr häufig ein Abort angenommen und leider auch sehr oft eine Abrasio mucosae angeschlossen. Dies kann sehr leicht zu einer Ruptur der schwangeren Tube führen. Schützen kann gegen solche Missgriffe nur die genaue Untersuchung, welche die Schwellung einer Tube erkennen lässt. Gelegentlich kann der Abgang einer isolirten Decidua vera die Sache aufklären oder die verhältnissmässige Kleinheit des Uterus kann Verdacht erregen. Fälle von Ruptur der schwangeren Tube mit starkem Collaps werden bisweilen für Fälle von Perforationsperitonitis genommen. Doch ist bei geborstener Tube niemals erheblicher Peritonealschmerz vorhanden und bei Perforationsperitonitis ist niemals die acute Anaemie so ausgesprochen wie in jenen Fällen. Ein Irrthum anderer Art kann in den ersten zwei Monaten dadurch entstehen, dass die schwangere Tube für einen Ovarientumor, oder umgekehrt ein solcher für die schwangere Tube gehalten wird; eine Laparotomie ist da kein Unglück, weil beides eine solche rechtfertigt. Am allerschwierigsten kann die differentielle Diagnose zwischen uteriner und Tubargravidität werden in jenen seltenen Fällen von Lateralflexion des schwangeren Uterus. Es sind dies Fälle, wo bei meist sehr verlängerter Cervix das schwangere Corpus uteri sich stark nach rechts oder links von der Cervix abbiegt und für einen parauterinen Tumor gehalten wird, während man das obere, stumpfe und breite Ende der meist dickwandigen und festen Cervix für den Fundus uteri hält. Man hält also das seitlich abgeknickte

Corpus uteri für einen parauterinen Tumor und, da deutliche Zeichen der Schwangerschaft bestehen, für die schwangere Tube. Die Zeit, in welcher dieser Irrthum auftreten kann, ist der 2.—4. Monat. Sind die Bauchdecken ungünstig, so kann es in der That unmöglich sein, durch einmalige Untersuchung ins Klare zu kommen. Bei wiederholter Untersuchung hat man bisweilen das Glück, das abgeknickte Corpus uteri nun auf der anderen Seite der Cervix zu finden. Dann ist die Diagnose sofort klar. Bleibt aber das Corpus uteri immer auf derselben Seite der Cervix, so können Wochen vergehen, bevor man Sicherheit erlangt. Warum das Corpus sich meistens seitlich abbiegt, ist noch unklar. Seltener kommt es zu einer Abknickung nach vorn, die auch mit der Lateralflexion abwechseln kann. Dagegen kommt eine Aenderung in Retroflexio nicht vor. Dies sind Fälle anderer Art. Eine Retroflexio uteri gravidæ bleibt immer Retroflexio bis der Uterus sich spontan aufrichtet oder aufgerichtet wird. Dann liegt er aber richtig und niemals lateralreflectirt. Die Retroflexio uteri gravidæ kommt nun freilich auch für die differentielle Diagnose in Betracht, freilich nicht für die der intacten Extrauterin gravidität, sondern für die durch Berstung oder Abort beendigten, aus der eine Haematocele retrouterina geworden ist. Diese beiden Zustände: Retroflexio uteri gravidæ und Haematocele retrouterina werden thatsächlich öfter miteinander verwechselt, und, so leicht im Allgemeinen die differentielle Diagnose beider ist, so schwierig kann sie doch in einzelnen Fällen werden. Die Haematocele retrouterina entsteht bekanntlich fast immer dadurch, dass eine schwangere Tube barst oder das Ei durch das Fimbrienende in die Bauchhöhle ausstieß. Das in die Peritonealhöhle ergossene Blut sammelt sich im Douglas an und kapselt sich, wenn die Blutung aufgehört hat, in dem Zeitraum von einem bis zwei Tagen durch adhaesive Peritonitis ab. Dass nun dieses retrouterine Haematom für eine Retroflexio uteri gravidæ gehalten werden kann und thatsächlich oft gehalten wird oder umgekehrt, ist ganz begreiflich; die Symptome der Schwangerschaft sind in beiden Fällen vorhanden. Nach einmaligem oder mehrmaligem Ausbleiben der Menses beginnt nun in beiden Fällen eine uterine Blutung, die eventuell Wochen lang anhält. In dem einen Falle kommt die Blutung von der Loslösung des Eies, in dem anderen von der Lösung der Decidua aus dem Uterus. Bei der Untersuchung findet man die Portio in beiden Fällen hinter der Symph. o. p.

und auf dem verbreiterten, hinteren Scheidengewölbe einen halbweichen Tumor. Das ist eine Menge gleicher Symptome. Wie entscheidet man nun, ob der Tumor der retroflectirte schwangere Uterus ist, oder eine Haematocele? Besteht eine Retroversio uteri gravidi, so ist Verwechslung kaum möglich. Die Portio vag. steht dann ganz hoch über der Symph. o. p., und der Muttermund sieht nach vorn. Doch ist dieser Fall selten. Meistens besteht Retroflexio; die nach vorne getretene Portio vag. hat sich an der Symph. o. p. umgeknickt, und der Muttermund sieht nach unten, gerade wie bei einer durch retrouterine Tumoren (Haematocele) bewirkten Antepositio uteri. Man untersuche nun zunächst bimanuell, um in Fällen von Haematocele den aus dem Becken erhobenen und nach vorn gedrängten Uterus vor dem Tumor abzutasten. Oft ist eine vorgängige Entleerung der Blase durch den Katheter nöthig. Ist die Blase hochgradig gefüllt, wohl gar Ischurie oder Ischuria paradoxa vorhanden, so spricht dies mit grosser Wahrscheinlichkeit für Retroflexio uteri gravidi. Bei Haematocele ist Ischurie kaum je vorhanden. Bei günstigen Bauchdecken kann es gelingen, den Uterus in seinen Conturen vor resp. auf dem Tumor abzutasten, bisweilen auch einerseits eine verdickte Tube zu fühlen, diejenige welche schwanger gewesen war und das Blut der Haematocele geliefert hatte. Aber auch die innere Untersuchung per vaginam und per rectum bietet Unterschiede dar. Die Consistenz des retroflectirten, schwangeren Uterus ist immer mehr teigig und überall dieselbe; die der Haematocele mehr prallelastisch bis zur Fluctuation; und nach Ablauf von Tagen oder Wochen auch nicht mehr überall dieselbe; sondern hier weicher, dort fester; an der tiefsten Stelle des Douglas bleibt die Fluctuation am längsten bestehen. Auch ist die Haematocele ein Tumor ohne deutliche Grenzen; der retroflectirte, schwangere Uterus, wenn er das kleine Becken völlig ausfüllt, lässt sich zwar auch nicht deutlich abgrenzen, erscheint dem Gefühle aber doch mehr ein abgegrenzter Tumor als die Haematocele. Alles in Allem kann man sagen, dass die Diagnose sich bei aufmerksamer Untersuchung fast immer sofort stellen lässt; jedenfalls aber immer nach kurzer Zeit der Beobachtung. — Es werden manchmal zwei Hülfsmittel zur Diagnose bei Extrauterinschwangerschaft angewandt: die Sondirung des Uterus und die Curettage. Vor beiden muss eindringlichst gewarnt werden. (Schluss folgt.)

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1904 No. 18.)

- Ein **casuistischer Beitrag zur Frage des Vagitus uterinus** wird von Dr. R. Creutz geliefert. Eine II para mit plattem Becken wurde in Narkose entbunden. Als Autor bei der Wendung den Kopf in die Höhle geschoben und den Fuss bis in den Muttermund gezogen hatte, hörte er den Fötus leise schreien. Als er später den Fuss stärker anzog, ertönte der Schrei in verstärktem Maasse wiederum, auch dem narkotisirenden Arzte und allen übrigen Anwesenden sehr deutlich vernehmbar, und als der Fuss in die Scheide herabgeleitet wurde, zum dritten Male. Die weitere Entwicklung des Kindes zog sich noch einige Zeit hin, von dem letzten Schrei bis zum Erscheinen des Kopfes verstrich über eine Viertelstunde. Das Kind wurde tief asphyktisch geboren, es gelang aber, es zum Leben zu bringen und zu erhalten. — Der Fall ist völlig einwandfrei. Das Schreien wurde von zwei Aerzten gehört, es war ganz charakteristisches Kindergeschrei, mit dem späteren Schreien des Kindes nach der Geburt durchaus identisch. Alle Bedingungen für das Zustandekommen des Vagitus uterinus waren auch gegeben. Die Eihäute waren zerrissen, mit der eingeführten Hand konnte durch die weite Scheide genügend Luft zu Mund und Nase des Kindes gelangen, der placentare Gasaustausch wurde wiederholt unterbrochen durch die Compression der zwischen den Schenkeln straff gespannten Nabelschnur bei Anziehen des Fusses, der sensible Hautreiz war gegeben durch Druck und Ziehen des Fusses, event. auch durch Einströmen der kälteren Luft.

(Centralblatt f. Gynaekologie 1904 No. 39.)

Syphilis. Hereditäre Lues in der 2. Generation nimmt

Prof. C. Boeck (Christiania) zum Gegenstande einer Besprechung. Er hat in 30jähriger Praxis noch keinen Fall von hereditärer S. gesehen, der vom Vater ererbt war, wohl aber 4 Fälle, wo die Kinder durch Vererbung von der hereditär-syphilitischen Mutter her syphilitisch waren. Alle 4 Kinder kamen erst spät zur Beobachtung, da natürlich die Mütter keine Ahnung von dem Charakter des Leidens ihrer Kinder hatten. Die Mütter waren 29, 20, 21 und 26 Jahre alt, als diese Kinder geboren wurden. Ist nun ein so langes Verweilen des Virus im mütterlichen Organismus denkbar? Wenn wir von der während des extrauterinen Lebens acquirirten S. schliessen sollen, ist dies sehr gut denkbar. Es sind Fälle bekannt, wo Frauen, die vor 20 Jahren ihre S. acquirirt hatten, syphilitische Kinder gebaren, und einen solchen Fall hat auch Autor gesehen.

W. Boeck hat sogar einen Fall mitgetheilt, wo eine 47jährige Frau ein syphilitisches Kind gebar, 37 Jahre nachdem sie, 10 Jahre alt, inficirt worden war. Solche Fälle, sowie die Fälle von hereditärer S. der 2. Generation zeigen nicht nur, dass das syphilitische Virus imstande ist, durch lange Jahresreihen hindurch in einem Organismus fortzuleben, nachdem es schon längst seine virulenten unter gewöhnlichen Umständen ansteckenden Eigenschaften verloren hat — was wir ja schon von den sehr spät auftretenden tertiären Erscheinungen wissen — sondern sie zeigen auch, dass dasselbe Virus, wenn es auf placentarem Wege in den kindlichen Organismus eingeführt wird, nicht nur fortleben kann, sondern in demselben, wenn das Kind zur Welt gebracht ist und nicht mehr unter dem Einfluss des mütterlichen Organismus mit seinen Alexinen steht, wieder seine vollen virulenten Eigenschaften erhalten und entfalten kann, und zwar so lange, bis der kindliche Organismus auf seiner Seite die Zeit gehabt hat, die nöthigen Antikörper zu entwickeln und das Virus wieder in eine nicht virulente Form hinüberzubringen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 37.)

- **Wie und wo sollen wir hereditärsyphilitische Kinder behandeln?** Mit dieser Frage beschäftigt sich Prof. E. Welander (Stockholm). Auch die Hereditärsyphilis ist intermittent präventiv zu behandeln, und zwar sowohl wenn der Fötus in utero ist, wie auch nach dessen Geburt. Am besten lässt man die Frauen während der Schwangerschaft Hg-Säckchen tragen, wobei, wie sich Autor überzeugt hat, genügend Hg auf den Fötus übergeht. Seit 1897 hat er alle solche gravide Frauen mit Hg-Säckchen mit sehr günstigem Resultat behandelt. Wenn die Frau bei der Conception S. hat, suchte er sie consequent während der Schwangerschaft intermittent zu behandeln, selbst wenn ihre S. ziemlich alt war; denn er hat Fälle gesehen, wo tertiärsyphilitische Frauen hereditärsyphilitische Kinder gebären, und wo der Mann wirklich frei von S. war. Das geborene Kind muss einige Jahre lange intermittent präventiv behandelt werden. Wenn möglich, muss es von seiner Mutter genährt werden, die während dieser Zeit, schon weil Hg, wenn auch in geringer Menge, auch durch die Milch auf das Kind übergeht, ebenfalls intermittent behandelt werden muss. Seit 1897 hat Autor alle syphilitischen Kinder mit Hg-Säckchen behandelt. Bei sehr jungen Kindern wurde jeden oder jeden 2. Tag $\frac{1}{2}$ g Ung. Hg. angewendet,

bei 2—3 Monate alten 1 g u. s. w. Dass Hg. dabei kräftig absorbiert wird, konnte Autor nachweisen, auch zeigten es die therapeutischen Resultate (doch muss Controlle des Urins stattfinden, da zu grosse Mengen Hg. Nierenreizung hervorrufen können). Auch die Blaschko'schen Mercolintschürzen sind brauchbar, doch muss man die stärksten (No. 3) nehmen und jeden 10. Tag wechseln, da das Hg. dann verdunstet ist. Sobald die S. der Mutter ziemlich alt, d. h. 6—8 Jahre alt ist, fasst Autor das Kind als syphilitisch auf, obschon er es nicht so lange und so kräftig behandelt, als wenn die S. der Mutter frischer ist. Sollte sich die Mutter die S. in der letzten Zeit ihrer Schwangerschaft zugezogen haben, so fasst Autor das Kind in socialer Beziehung gleichwohl als syphilitisch auf; er hat eine Mutter gesehen, die bei der Entbindung nur eine Sklerose, aber noch keine allgemeinen Symptome (welche nach der Entbindung auftraten) bekommen hatte, und die dennoch ein Kind gebär, dass dann hereditärsyphilitische Symptome zeigte. Ebenso wie man einen Erwachsenen intermittent behandelt, gleichviel ob Symptome vorhanden sind oder nicht, müssen wir auch diese Kinder intermittent behandeln, ob sie Symptome zeigen oder nicht, und zwar ebenfalls einige Jahre lang. Die Frage ist nur, wo diese Behandlung sowohl des Fötus in utero wie des geborenen Kindes am besten durchgeführt wird, besondere bei den Armen. In Schweden haben venerisch Kranke kostenfreie Krankenhauspflege, und so konnte Autor eine Menge gravider syphilitischer Frauen im Krankenhause behandeln. Aber nach der Geburt? Da ist die doppelte Aufgabe zu erfüllen: Die Ausbreitung der Krankheit durch diese kleinen Kinder auf unschuldige Familien zu verhindern und die Kinder selbst vor künftigen syphilitischen Leiden zu schützen. Diese Kinder müssen 2—4 Jahre in einem Asyl leben, wo sie intermittent behandelt werden und unter guten hygienischen Verhältnissen leben können. Autor war 1900 in der Lage, ein kleines Asyl für solche Kinder zu eröffnen, wo erst 5 Kinder aufgenommen wurden, jetzt 13 Kinder untergebracht sind. Von diesen 22 Kindern sind die Mütter in 6 Fällen während der Schwangerschaft ordentlich behandelt worden; keines dieser Kinder, die natürlich selbst intermittent behandelt worden sind, hat jemals ein Symptom von S. gezeigt, obschon 5 von ihnen $2\frac{1}{2}$ —4 Jahre alt sind. 4 Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft weniger kräftig behandelt worden sind, haben nach der Geburt Symptome, jedoch unbedeutende gezeigt, haben seit-

dem kein Recidiv gehabt, obgleich seit ihren ersten Symptomen 2—3 Jahre verflossen sind. Die Mütter von 10 Kindern sind nicht während ihrer Schwangerschaft behandelt worden; alle diese Kinder haben mehr oder weniger schwere Symptome von S. gehabt, sie wurden intermittent behandelt, keines hat nach dem 1. Ausbruch ein Recidiv bekommen, einige sind schon 2—3 Jahre alt. Von zweien der Kinder kann Autor nicht bestimmen, ob sie hereditärsyphilitisch sind, oder ob sie, einige Monate alt, von ihren Müttern angesteckt sind, die sich dann die S. nach der Entbindung zugezogen haben müssen; beide Kinder hatten ausgebreitete syphilitische Symptome, haben aber nach Beginn der intermittenten Behandlung kein Recidiv gehabt (sind jetzt über 3 Jahre alt). Die Resultate sind demnach sehr günstige. Eine schwere Frage entstand, wenn diese Kinder so lange im Heim gewesen, dass sie ohne Gefahr entlassen und in Pflege gegeben werden konnten. 6mal glückte es, ein passendes Heim zu finden, die Kinder wurden also entlassen; 13 befinden sich noch im Hause, die jährlichen Kosten für diese betragen etwa 6000 Mark. Natürlich müssten viel mehr solcher Heime zur Verfügung stehen. Denn trotz der kurzen Thätigkeit hat das kleine Heim seine erste Aufgabe, die Verbreitung der S. durch die Kinder zu verhindern, vollständig erfüllt. Zum zweiten lässt sich hoffen, dass die S. der Kinder vollkommen beseitigt wird, dass letztere in Zukunft von dem Leiden verschont werden und sich zu kräftigen, gesunden Menschen entwickeln werden.

(Ibidem.)

- **Erfahrungen mit einem neuen Jodpräparat „Jothion“** der Firma Bayer & Co. in Elberfeld publicirt Dr. E. Schindler (k.-k. deutsche Dermatolog. Klinik Prag). Jothion ist eine ölige Flüssigkeit, ein Jodwasserstoffsäure-ester mit 70% Jodgehalt. Es wurde in der Weise benützt, dass damit nach Art der allgemeinen Quecksilberinunctionen Einreibungen vorgenommen wurden. Die ausgezeichnete Resorption durch die intacte Haut macht das Jothion für diese Behandlungsmethode sehr geeignet. Die jedesmalige Einreibung fand statt mit:

Rp.: Jothion 2,0

Cer. alb.

Lanolin. anhydr. aa 0,5.

Jod erschien nach durchschnittlich 1 Stunde im Speichel, nach 1½—2 Stunden im Harn; nach Aussetzen der Be-

handlung liess sich durch mehrere Tage bis zu 1 Woche und darüber Jod im Harn und Speichel nachweisen. Angewandt wurde das Mittel bei gummöser, maligner und hereditärer S. In der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um im Bereiche der Mund- und Rachenschleimhaut localisirte tertiäre Erscheinungen, theils allein, theils mit analogen Veränderungen der Haut und des Knochensystems complicirt. Jothion erwies sich da als gutes Ersatzmittel des Jodkalium; nie unangenehme Eigenschaften zeigend, brachte es die erwähnten Processe in relativ kurzer Zeit zur Abheilung, besonders die an den Schleimbäuten der Mund- und Rachenhöhle localisirten. Beispiel: Pat. mit halbwalnussgrosser Vorwölbung des harten Gaumens, im Centrum über heller-grosser und mehrere mm tiefer Substanzverlust; nach zwei Schmiertouren mit Jothion (s. oben) Tumor vollständig verschwunden. In keinem Falle Zeichen von Jodismus oder locale Reizerscheinungen. Jothion ist also ein gutes Ersatzmittel für Jodkalium und dürfte besonders da, wo gegen letzteres eine Idiosynkrasie vorhanden ist, am Platze sein.

(Prager med. Wochenschrift 1904 No. 39.)

Tabes dorsalis. Ueber hereditäre, infantile T. lässt sich

im Anschluss an eine Beobachtung Dr. R. Kaufmann (Spital der Allgem. Poliklinik Wien) aus. 10jähriger Knabe, von tabischem Vater abstammend, hat seit dem 6. Lebensjahr Erscheinungen von Incontinentia urinae, seit seinem 9. Jahre gastrische Krisen. Objectiv nachweisbar: reflectorische Pupillenstarre, Trägheit der Pupillen bei Convergenz, Fehlen der Patellarreflexe und ein geringer Grad von Romberg'schem Symptom. Die Diagnose konnte nur zwischen T. und Pseudotabes syphilitica schwanken, welch letztere sich in allen Fällen infantiler T. mit Sicherheit nicht ausschliessen lässt, da sie gelegentlich das gleiche Bild erzeugen kann. Allerdings war hier kein für Pseudotabes syphilitica charakteristisches Symptom vorhanden. Erb führt als solche an: den etappenweisen Verlauf, die Unvollständigkeit der Ausfallserscheinungen, Oscilliren der Einzelsymptome, das intermittirende Auftreten von Hirnerscheinungen, und hebt der T. gegenüber hervor, dass bei cerebrospinaler Lues ausser den beiden Krankheiten gemeinsame Symptome der Pupillenstarre, Augenmuskellähmung, Sehnervenatrophie u. s. w., auch neuritische Processe (Neuritis optica) und die Zeichen einer Herd-erkrankung des Gehirns beobachtet werden. Nach Kalischer sind ausser dem schubweisen Auftreten und dem wechseln-

den Verhalten der Symptome noch besonders solche Erscheinungen für Lues cerebrospinalis charakteristisch, welche auf eine diffuse Betheiligung des Gehirns hinweisen, wie „psychische Entwicklungshemmung, Imbecillität, progressiver Schwachsinn, Charakterveränderungen, Intelligenzdefecte, Schwindelanfälle, apoplektiforme, epileptiforme und epileptische Anfälle, corticale Krämpfe, cerebrale Herd- und Lähmungserscheinungen, Nystagmus, Cephalaea nocturna, Neuritis optica, Stauungspapille, Störungen des Bewusstseins, Absenzen, Somnolenz“ etc. Alles das fehlte im obigen Falle; auch hält die Enuresis nocturna seit 3 Jahren ohne wesentliche Schwankung an, seit einem Jahre bestehen die Magenkrisen, die continuirlich sich steigern; endlich fehlen gerade diejenigen Symptome der T., welche der Pseudotabes am häufigsten zukommen: die Schmerzen und die Ataxie. Alles spricht dafür, dass hier ein Fall von echter T. vorliegt. Wie hier waren auch in anderen Fällen von infantiler T. das erste, wenigstens das erste nachweisbare Symptom Blasenstörungen. Auch die Combination von Fehlen der Lichtreaction der Pupillen mit Trägheit der Reaction auf Accommodation, wie sie hier zu constatiren war, zeigte sich bei fast allen Fällen von kindlicher T. Das Westphal'sche Symptom besteht hier, wie in allen übrigen Fällen; doch konnte Autor Sensibilitätsstörungen nicht finden, ebenso fehlten Schmerzen, die überhaupt bei infantiler T. relativ selten vorhanden sind, ebenso wie hier die Ataxie vollständig zurückzutreten pflegt. Dadurch und durch den langsameren Verlauf macht die infantile T. im Allgemeinen den Eindruck einer mildereren, weniger deroutirenden Krankheit als die T. Erwachsener.

(Wiener klin. Rundschau 1904 No. 35.)

- **Acute hochgradige Harnverhaltung bei einer Schwangeren als tabisches Frühsymptom** beobachtete Dr. R. Birnbaum (Universit.-Frauenklinik Göttingen). Die 32jährige Dienstmagd will bis vor 2 Tagen gesund gewesen sein, wo plötzlich eine Erschwerung der Urinentleerung eintrat, die bis jetzt anhält, wobei gleichzeitig Schwellung der Unterschenkel und äusseren Geschlechtstheile auftrat und der Leib rasch erheblich anschwell. Objectiv finden sich in der That an Unterschenkeln und Labien starke Oedeme. Leib stark ausgedehnt durch einen bis zum Rippenbogen reichenden, fluctuirenden längsovalen Tumor. Dieser verschwand nach einer Katheterisirung, welche fast 5 Liter klaren Urins zu Tage förderte. Uterus dem 4. Schwangeren-

schaftsmonat entsprechend. In den nächsten Tagen noch mehrfach Katheterisirung nöthig. Unter Gebrauch von warmen protrahirten Bädern und Elektrizität bald wieder spontane Urinentleerung. Die Oedeme an den Unterschenkeln gingen rasch zurück, die der Genitalien nur allmählich. — Wie war hier diese gewaltige plötzliche Harnretention zu erklären? Locale Ursachen waren nicht zu eruiren, es musste sich um ein nervöses Moment handeln. Für Hysterie sprach nichts. Wohl aber wies Pat., wie die Untersuchung ergab, reflectorische Pupillenstarre auf und an den Unterschenkeln Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit und partielle Anaesthesien des Wärme- und Kältesinns; lancinirende Schmerzen schienen auch bisweilen schon sich geltend gemacht zu haben. Vor 10 Jahren war Pat. ferner mit einer macerirten syphilitischen Frucht niedergekommen. Zweifellos lag beginnende T. aufluetischer Basis vor, und die Harnverhaltung war das erste der Pat. aufstossende Symptom des Leidens. Denn dieselbe fühlte sich vor Auftreten desselben ganz gesund und glaubt auch jetzt, nach Beseitigung der Harnstörung, wieder völlig gesund zu sein.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 43.)

Tuberculose. Hygiamia, das Dr. Theinhardt'sche bekannte

Nährpräparat, hat J. v. Szaboky (Gleichenberg-Arco) in etwa 80 Fällen angewandt, hauptsächlich bei Tuberculösen, seltener bei an veralteter Bronchitis leidenden Kranken und bei Ulcus ventriculi. Bei Tuberculösen, auch vorgeschrittenen Fällen, mit hohem Fieber, ausgebreiteten Infiltrationen, Cavernen konnte Autor fast immer durch längeres Darreichen von Hygiamia Gewichtszunahme constatiren; die Pat. vertrugen das Präparat gut und nahmen es gern. Auffallend gut war die Wirkung sowohl im Anfangsstadium, als auch im etwas vorgeschrittenen Stadium der T. und auch bei veralteter Bronchitis, Emphysem etc., wo früher Appetitlosigkeit vorhanden war. Es verbesserte sich der Appetit, das Körpergewicht stieg, ohne dass Verdauungsstörungen eintraten. Kranke, welche Milch nicht trinken wollten, nahmen sie mit etwas Hygiamia vermengt stets gern. Bei Haemoptoe verwendete Autor Hygiamia sehr häufig mit kalter Milch; trotzdem die Pat. wochenlang nur so ernährt wurden, nahmen sie an Gewicht zu. In 2 Fällen von Ulcus ventriculi, die eine Zeit lang ausschliesslich mit Hygiamia ernährt wurden, wurde letzteres ebenfalls gut vertragen und führte zu Gewichtszunahme. Autor verordnete das Hygiamia gewöhnlich mit Milch, wie

Cacao zubereitet; Dosis: $\frac{1}{4}$ l Milch, 1 Esslöffel Hygiama. Um Abwechslung zu bieten, liess er 1 Kaffeelöffel Cacao oder Kaffee beimengen, um die Nährkraft zu steigern, 1—2 Eigelb, in den Fällen, wo Phthisiker durch Nachtschweisse geschwächt wurden, überhaupt bei geschwächten Pat., auch Rum oder Arac.

(Wiener med. Presse 1904 Nr. 32.)

Ueber eine erfolgreiche Behandlung der Schwindsucht und anderer schwerer Infektionskrankheiten durch ein inneres Desinfectionsmittel berichtet Geh. San.-R. Dr. Konr. Küster (Berlin). Vor einigen Jahren wurde von Claus als Ersatzmittel für Jodoform eine chemische Verbindung (Meta-Jod-ortho-oxy-Chinolin-ana-Sulfonsäure), kurz *Loretin* genannt, angegeben. Das Mittel bürgerte sich nicht ein, es wird jetzt als *Griserin* der Vergessenheit entrissen. Ein Laie, Herr Rich. Griese in Berlin stellte für sich Versuche über die Giftigkeit des Loretin an und nahm bis zu 5 g auf einmal innerlich. Er kam zu folgenden Ergebnissen: „Das Loretin ist für den menschlichen Organismus durchaus giftfrei. In Dosen von 3—5 g hat es nach etwa 20 Minuten eine ziemlich heftig abführende Wirkung mit darauf kräftig sich steigendem Hungergefühl. In etwa 12 Stunden ist dasselbe im Harn nachweisbar. Für die Krankenbehandlung erscheinen Dosen von 0,2—0,3—0,5 als die geeignetsten.“ Es lag nahe, auf diesem Wege die schädlichen Bacillen im Körper abzutöten. Griese gab schwindsüchtigen Bekannten das Mittel und sah auffallende Besserungen; er sah ähnliche Erfolge bei Scharlach und Diphtherie. Auf sein Ersuchen übernahmen nunmehr Dr. Malmer-Mons (Finneck), San.-R. Dr. Dörschlag (Berlin) und Küster die ärztliche Prüfung des Mittels. Auch diese ergab nun so überraschende Resultate, dass Küster dieselben schon jetzt publicirt, um allenthalben weitere Versuche anzuregen. Das Mittel wird ohne Widerwillen und leicht genommen. Bei einer Dosis von 0,5 g stellt sich, besonders wenn sie Morgens nüchtern genommen wird, für gewöhnlich eine abführende Wirkung ein. Man beginne daher lieber mit kleineren Dosen. Eine Dosis von 0,3 g Morgens und Abends befördert meist den Stuhlgang in angenehmer Weise, während noch kleinere (0,2 g) zuweilen eher verstopfen. Der Appetit beginnt sehr bald rege zu werden, abnorme Gährungen des Magens und Darms werden sehr günstig beeinflusst. Griserin wird ausser durch die Nieren auch durch die Haut ausgeschieden. Es machte abgesehen von den manchmal heftigen, aber

leicht bekämpfbaren Durchfällen nie unangenehme Nebenerscheinungen. Bei *Phthise* zeigte das Mittel eine starke Einwirkung auf Allgemeinbefinden, Fieber, Nachtschweisse, Appetit, Gewicht und allmählich auch auf die objectiven Lungenerscheinungen. Besonders auffällig trat die Wirkung bei sehr schweren, aufgegebenen Fällen zu Tage. Auch bei *Krebserkrankungen* eclatante Erfolge, sodass die Annahme dadurch berechtigt erscheint, dass Carcinome durch Bacillen hervorgerufen werden. Starke *diphtheritische* Beläge verschwanden, mit Griserinpulver bestäubt oder abgerieben, binnen kurzer Zeit vollständig, *Diphtherie* und *Scharlach* nahmen, innerlich mit dem Mittel behandelt, schnell einen günstigen Verlauf. Bei *Struma* ebenfalls guter Erfolg (Griserin enthält Jod). Ueberraschende Erfolge bei interner Anwendung des Mittels bei Hautaffectionen, besonders *chron. Ekzemen, Psoriasis, Furunculosis, scrophulösen Ausschlägen* und *Scrophulose* überhaupt, *Lupus, Ulcera cruris*. Bei *Syphilis* waren die Versuche ebenfalls ermuthigend, desgleichen bei *chron. Mittelohreiterungen* und bei *Mastdarmfisteln*, besonders auf tuberculöser Grundlage, bei Eierstocksentzündungen und Uterusleiden. Autor ist überzeugt, dass Griserin auch bei Ruhr und Typhus, bei septischen Erkrankungen, Cholera, Variola, Pest, Lepra, gelbem Fieber etc. sich wirksam erweisen wird.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 43.)

- **Die Anwendung der Bismutose bei Magendarmstörungen der Phthisiker** empfiehlt Dr. Fr. Wehmer (Heilstätte Naurod). Er gab das Mittel kaffeeleöffelweise bei den Mahlzeiten in Schleimsuppe verrührt, und konnte bei jenen Fällen chronischer Diarrhoe, wie sie oft bei Phthisikern vorkommen, sehr befriedigende Resultate verzeichnen.

(Die Therapie der Gegenwart, August 1904.)

- **Inhalation mit phenylpropionsaurem Natron gegen Kehlkopf- und Lungentuberculose.** Darüber macht Dr. Bulling (Bad Reichenhall) noch einige Mittheilungen. Das Präparat kann von den Höchster Farbwerken in 25%iger Lösung bezogen werden, die dann weiter zu verdünnen ist. Nach den jetzigen Erfahrungen lässt Autor die Pat. gleich 1%ige Lösung inhaliren und steigert diese von Woche zu Woche um 1% bis 3%, bei welcher Mischung man bleibt. Haemoptoe bildet keine Contraindication zur Anwendung des Mittels. Ferner wird von allen, selbst zu Haemoptoe neigenden Pat. eine Temperatur von 45°

gut vertragen. Das jeweils zu inhalirende Quantum beträgt 200 g; es soll 2 mal täglich inhalirt werden. Ueber- raschend sind die Erfolge bei tuberculösen Ulcera des Larynx, wo schon nach wenigen Tagen die subjectiven Beschwerden dauernd nachlassen, nach einigen Monaten Heilung eintritt. Auch bei Lungenphthise I. und II. Grades sehr gute Heilerfolge, bei T. III. Grades meist Besserung, mindestens subjective Erleichterung (leichteres Abhusten, Nachlassen der Dyspnoe etc.). Inhalirt wird durch des Autors Zerstäuber (Thermovariator).

(Münchener med. Wochenschrift 1904 Nr. 36.)

Tumoren. Entwicklung von Haemangiomen im Anschluss

an das „Ohringstechen“ beobachtete Dr. C. Springer (K. F. J.-Kinderspital in Prag) zufällig 2 mal hintereinander. Das erste Kind wurde mit einem stecknadelkopfgrossen flachen Haemangiom der Haut des linken Ohrläppchens geboren. Am 7. Tage durchbohrte die Hebeamme beide Ohrläppchen. Links folgte starke Eiterung mit Schwellung des Ohrläppchens. Die Eiterung ging allmählich zurück, doch fing dann das bisher stationäre Haemangiom sich zu vergrössern an und griff bald an der äusseren wie der inneren Fläche auf die Ohrmuschel über. Schliesslich vergrösserte das schwammige Haemangiom das Ohrläppchen auf das doppelte der Norm und setzte sich von da bis zur Mitte der Ohrmuschel aussen und innen fort, griff bereits auch auf den Tragus über. Autor behandelte in Narkose die äussere Fläche mit dem Holländer'schen Heissluftgebläse und setzte auf der inneren Fläche noch einige Stiche mit dem Paquelin. Zufriedenstellender Erfolg, bedeutende Verkleinerung des Tumors. Die äussere, nur mit dem Gebläse behandelte Fläche heilte viel früher zu, es bietet also für alle nicht tief greifenden Haemangiome, die nicht exstirpiert werden können, die Heissluftbehandlung den grossen Vortheil, dass die Heilungsdauer entschieden abgekürzt wird. Fall 2 war dadurch noch interessanter, dass an dem Ohre nichts Pathologisches vorhanden gewesen sein soll, bis zu dem Ohringstechen, welches 14 Tage post partum stattfand und rechts von Eiterung gefolgt war. Letztere sistirte bald, dagegen wurde 4 Wochen nach jenem Eingriff das Ohrläppchen dicker, bläulich, und allmählich entwickelte sich das gleiche Bild wie bei Fall 1. Hier genügte einmalige Heissluftbehandlung, um das Wachstum des Tumors zu hemmen und etwas Verkleinerung

herbeizuführen, welche Behandlung in langsamen Etappen weitergeführt werden soll.

(Prager med. Wochenschrift 1904 No. 34.)

- **Ueber die krebssige Entartung der Kopfatherome** lässt sich D. G. Zesas aus im Anschluss an einen beobachteten Fall. Eine 68jährige Frau hat schon seit 20 Jahren auf dem Kopfe mehrere Atherome, die sie öfters beim Kämmen verletzte. Seit ca. 5 Jahren begannen die T. geschwürig zu werden, und jetzt ist die hintere Hälfte des Kopfes in ein eitersecernirendes Geschwür mit harten Rändern verwandelt, Grund mit der Unterlage fest verwachsen, an einzelnen Stellen Schädelknochen bloss liegend. In der Nähe 4 gewöhnliche Atherome. Excision des ganzen Geschwürs, das mikroskopisch sich als krebssig erwies. Krebsige Entartung von Kopfatheromen wurde schon mehrfach beobachtet. Länger einwirkende Reize (z. B. mechanische Insulte beim Kämmen) kommen aetiologisch in Betracht. Die Atherome können sehr lange Zeit (bis 40 Jahre) bestehen, ehe sie krebssig entarten. Prognose ungünstig, wenn nicht frühzeitig operative Entfernung erfolgt (Ergriffen werden der Schädelknochen, Gehirncomplicationen). Es sollten daher Kopfatherome, selbst wenn kosmetische Rücksichten nicht mitspielen, frühzeitig entfernt werden.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 37.)

- **Frühdiagnose und chirurgische Behandlung des Prostatacarcinoms mit besonderer Berücksichtigung der Bottini'schen Operation als Palliativ-Verfahren.** W. Fürstenheim hat über dies Thema unter Aegide von A. Freudenberg (Berlin), der ihm auch eine Anzahl von Fällen zur Verfügung stellte, gearbeitet und fasst das Ergebniss seiner Arbeit wie folgt zusammen:

1. Das Prostatacarcinom ist häufiger, als man früher geglaubt hat. Bei jeder chronischen Prostatavergrößerung soll man an die Möglichkeit einer malignen Neubildung denken.
2. Die Unterscheidung des Prostatakrebses in seinen Frühstadien von der gewöhnlichen Hypertrophie ist, wenn auch nicht immer, so doch häufig möglich.
3. Beim Carcinoma prost. intracapsulare ist ein radioaler Eingriff in Erwägung zu ziehen, bei dem Carcinoma prost. pelvium ist ein solcher contraindicirt.
4. Die Bottini'sche Operation bietet nach den bisherigen Erfahrungen beim Prostatabeckenkrebs keine beson-

deren Gefahren; sie vermag dem Patienten unter Umständen für Monate eine wesentliche Verbesserung der Mictionsverhältnisse zu verschaffen.

5. Die Bottini'sche Operation ist also neben der Cystostomia suprapubica event. vor ihr als Palliativoperation beim Prostatabeckenkrebs verwendbar.

(Inaug.-Dissert., Leipzig 1904.)

Ulcus cruris. Ein neuer Verband bei U. (Ectoganverband)

wird von Dr. S. Schwarz (Jägerndorf) empfohlen. Ectogan ist ein Präparat aus Zinksuperoxyd und wird in folgender Emulsion vom Autor benützt:

Rp. Ectogan. 5,0
Glycerin. 30,0
Aq. dest. 100,0
Methylviolett 0,2

Mit dieser Emulsion nun wird ein halber Meter hydrophiler Gaze gründlich getränkt und entweder sofort verwendet oder zusammengefaltet in Charta cerata aufbewahrt, was unbeschadet durch mehrere Tage geschehen kann. Sollte die Gaze eintrocknen, so macht sie ein leichtes Anfeuchten mit Wasser wieder gebrauchsfertig und wirksam. Zu diesem Verbande gehören ferner zwei Mullbinden und zwei blaue Binden, sowie etwas Watte. Man geht nun so vor, dass man Watte mit der Emulsion anfeuchtet und das Geschwür reinigt. Darüber bringt man nun in mindest vierfacher Lage die Ectogangaze, so zwar, dass sie die Grenzen des Geschwürs ein wenig überragt. Darüber nun mit Ectoganemulsion getränkte Watte, worauf das Ganze von unten nach oben fortschreitend zunächst mit der Mullbinde eingewickelt wird, um schliesslich durch einige Touren mit der blauen Binde fixirt zu werden. Bei stark eiternden oder nekrotischen Geschwüren bleibt der Verband zwei Tage liegen, wird jeden dritten Tag gewechselt, sonst genügt ein zweimaliger Wechsel in der Woche. Die Heilfactoren, die hier vereint erscheinen, sind zunächst der Sauerstoff in statu nascendi, der langsam aus dem Ectogan frei wird und Zinkoxyd, aus dem Superoxyd erzeugt. Dass dieses Zinkoxyd seinerseits auch wirksam ist, bedarf keiner Erörterung. Das beigegefügte Pyoctanin soll überdies desinficirend wirken. Die Schmerzen werden sofort beseitigt, die Heilung geht mindestens ebenso rasch von statten, wie bei Bettbehandlung, und die Pat. können dabei ihrem Berufe nachgehen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904 No. 39.)

9*

- **Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre** empfiehlt Oberarzt Dr. Engelbrecht (Bischweiler) als wirksamstes Mittel den Schleich'schen *Peptonpastenverband*, der auch dem Zinkleimverband überlegen ist. Letzterer ist z. B. mit grösseren Vorbereitungen verknüpft (Erwärmen!) und theurer. Denn wenn auch der Preis der Peptonpaste doppelt so hoch ist, so konnte Autor doch mit 200 g Zinkleim höchstens 2—3 Verbände machen, während er mit der gleichen Menge Peptonpaste 8—10 fertig brachte. Hierbei hat er freilich die Schleich'sche Vorschrift ausser Acht gelassen, die Paste messerrückendick mit dem Spatel aufzutragen, und strich sie mit einem gewöhnlichen Borstpinsel nur so auf, dass die Haut unter der weissen Fläche gerade noch durchschimmerte. Das genügt auch vollständig. Die darauf angelegte Leinenbinde, die natürlich ideal glatt applicirt sein muss, bildet mit der sie durchtränkenden und erhärtenden Paste eine widerstandsfähige, feste und doch nicht zu feste Schicht. Auch die Vorschrift, über die erste noch eine zweite Leinenbinde anzulegen, liess Autor meist unbeachtet, indem er als zweite Binde eine Cambricbinde anlegte, schon um die Elasticität des ganzen Verbandes, die namentlich für die freie Beweglichkeit des Fussgelenks von Wichtigkeit ist, zu erhöhen. Ueber die Cambricbinde dann als dritte eine Stärkebinde fand Autor in allen Fällen völlig ausreichend. Der Verband stellt damit einen festen, doch genügend nachgebenden und vor allem auch nicht zu schweren Stiefel dar. Der Verband ist auch oekonomischer als der Unna'sche in Bezug auf das Bindematerial. Denn die Leinen- und Cambricbinden lassen sich immer wieder, gewaschen und gebügelt, verwenden, die Gazebinden des Zinkleimverbandes nicht. Abgesehen von der bei jedem Verband zu erneuernden Stärkebinde erfordert also der Pastenverband nur die einmalige Anschaffung von 4 Leinenbinden oder 2 Leinen- und 2 Cambricbinden, um damit auf lange Zeit die Verbände zu machen. Meist schafft ein solcher Verband sehr bald, längstens nach 48 Stunden, die Schmerzen fort, die Pat. können bald den kranken Fuss gebrauchen und arbeiten. Die unförmlichsten, teigig angeschwollenen Extremitäten bekommen nach einigen Verbänden wieder normalen Umfang. Auch die Beschaffenheit der oft durch Schuppen- und chron. Ekzembildung stark veränderten Haut wird schnell normal. Bei nässenden Ekzemen in der Umgebung der Wunde thut man gut, die befallenen Parthieen nicht mit Peptonpaste zu bestreichen, sondern während der

ersten Verbände hier Zinkpaste zu appliciren, darauf Amylum zu streuen und mit dünner Mullschicht zu decken, sonst aber den Peptonpastenverband rite anzulegen. Bei sehr stark nässenden Ekzemen muss man, wenn man nicht alle Tage den Verband erneuern will, zuerst das Bein auf 2—3 Tage hochlagern und täglich mit Zinkpaste und Amylum das Ekzem verbinden. Dann ist es sicher so weit geheilt, dass man den Schleich'schen Verband anlegen kann. Noch wunderbarer als auf die Anschwellung des Beines wirkt letzterer auf das U. selbst ein, wo schon nach dem ersten Verbande die Heilungsvorgänge intensiv hervortreten. Autor nimmt den ersten Verband stets nach 2 Tagen ab, um dann je nach der Stärke der Secretion die Pausen zwischen den einzelnen Verbänden für die erste Zeit wenigstens auf 2—4 Tage festzusetzen. Mit abnehmender Secretion Pausen von 5—8 Tagen. Die Versorgung des U. selbst geschieht nach Schleich mit seinem *Glutol-serum*, dem namentlich bei stärker secernirenden Wunden vor allen anderen Streupulvern der Vorzug gebührt; letzterer, besonders des vorzüglichen Airols, mag man sich bei geringer secernirenden Geschwüren bedienen. Nach Anfüllung des U. mit Glutolserum wird das U. mit 8 facher Mullcompresse bedeckt und dann der beschriebene Verband angelegt. Wo der Sklerosirungsprocess älter ist, muss man sich oft noch anderer Hülfsmittel bedienen. Autor nahm in allen Fällen, in denen das U. lange bestand, also die Sklerose beträchtlich war, das Auflegen von Pappstreifen auf die Wundränder zu Hülfe. Dazu schnitt er sich für jeden Verband 2 ca. 1—2 cm breite, an Länge die Wunde etwas überragende Pappstreifen aus starker Pappe. Bei länglichen Wunden wurden sie dann einfach so auf die Ränder der Wunde gelegt, dass sie den Wundrand nicht überragten. Sie haften prachtvoll auf der Pastenschicht fest und lassen sich leicht so biegen, dass sie genau überall auf der Oberfläche aufliegen. Bei rundlichen Wunden wurden die beiden Pappstreifen an einer Seite entsprechend der Form der Wunde etwas ausgeschnitten, sodass sie auf eine möglichst grosse Parthie der Wundränder ihren Druck ausüben konnten. Stets aber wurden die Pappstreifen in der Längsrichtung des Gliedes aufgelegt. Zuletzt, wenn das U. immer kleiner wurde, nahm Autor ein abgerundetes Pappstück, in dessen Mitte er ein Loch, möglichst genau der Gestalt des U. entsprechend, ausschnitt. Die Mullcompresse wurde natürlich stets über die Pappe gelegt, nachdem die Wundfläche fast bis in die Höhe der Papp-

stücke mit dem Wundpulver aufgefüllt war. Autor glaubt, dass der durch Anwendung dieser Pappstreifen den Rückgang der Sklerose und damit das Fortschreiten des Epidermisierungsprocesses entschieden beschleunigen konnte. Nach Abheilung des U. ist den Pat., um Recidiven vorzubeugen, dringend zu empfehlen, jeden Morgen eine elastische Binde kunstgerecht zu appliciren. Pat. aus dem Arbeiterstande benützen am besten die festeren doppelten Tricotbinden, solche der höheren Stände die japanischen Crêpebinden. Nur in den Fällen, wo eine sehr starke Varixbildung der oberflächlichen Venen vorliegt, ist der Gummistrumpf vorzuziehen.

(Therap. Monatshefte, October 1904.)

Vermischtes.

- **Eine sterilisirbare Irrigatorflasche*)** empfiehlt Dr. A. Strauss (Barmen). Sie gewährt die absolute Sicherheit steriler Spülungen und Irrigationen bei allen Operationen, bei Scheiden-, Harnröhren- und Blasenwaschungen, sie ermöglicht die Vornahme steriler Infusionen mit Salzwasserlösungen, steriler Infiltration nach Schleich u. s. w. Alle Lösungen, auch die lichtempfindlichen, können, in der Flasche schnell sterilisirt oder erwärmt, unbegrenzt lange steril aufbewahrt und jederzeit aus ihr als Irrigator ohne Zuhülfenahme irgendwelcher anderen Gefässe benützt werden. Der Irrigator wird aus weissem resp. braunem Glase hergestellt, hat Kochflaschenform und ist mit einer Grammeintheilung versehen. Den Verschluss bildet eine abschraubbare, luftdicht schliessende Nickelhülse. In dieser ruhen 2 Röhren, eine mit einem Hahn versehene kurze, zum Aufstecken des Schlauches dienend, und eine bis zum Grunde der Flasche reichende dünne, welche die Luft zuführt. Statt dieser kann durch die gleiche Oeffnung ein Thermometer eingesteckt werden. Will man die Lösung in der Flasche sterilisiren oder erwärmen, so entfernt man

*) Medicin. Waarenhaus, Berlin.

die Hülse, öffnet den Hahn und setzt die Flasche in ein ihr beigegebenes Wasserbad. Ehe man sie gebraucht, entfernt man das Thermometer und führt statt dessen die luftzuführende Röhre ein. Dann schliesst man den Hahn, steckt den (im Wasserbade gleichfalls sterilisirten) Schlauch auf und hängt die Flasche umgekehrt in einen Halter.

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1904 No. 16.)

- **Ueber weitere Anwendung des lokalen dauernden Druckes** macht Oberstabsarzt Dr. Heermann (Posen) Mitteilung. Derselbe wies schon vor mehreren Jahren gelegentlich einer Besprechung über mechanische Behandlung von Unterschenkelgeschwüren darauf hin, dass sich nicht nur diese und ihre begleitenden Schwellungen, sondern auch andere Schwellungen durch eine Combination von *unelastischer* Umschnürung mit dauerndem lokalen Drucke mittels elastischer Körper, wie Schämme, Watte, Gummikissen etc. erheblich beeinflussen lassen. Diese Methode hat nun Autor weiter ausgebaut und ihr ein weit grösseres Feld eröffnet. Ein ununterbrochen local wirkender Körper wie ein Schwamm oder dergl. übt einen Effect aus, welcher durch nichts ersetzt werden kann. Die volle Wirkung wird aber erst erzielt, wenn man wenigstens als oberste Bedeckung des Verbandes sich einer völlig unelastischen Binde aus altem Leinen, Gaze (Gyps; Leim), Leder oder Gurten bedient; womöglich noch an den Hauptangriffspunkten durch ein aufgelegtes Brettchen verstärkt. Cambric und Flanell sind zu elastisch, ein vollkommen unnachgiebiger äusserer Gehalt ist unbedingt erforderlich. Autor gebraucht diese Methode jetzt bei Schwellungen aller Art, bei Ergüssen in Gelenke, Muskeln und Sehnen, bei Knochenbrüchen, Oedemen etc. mit bestem Erfolg. Auf die Haut kommt ein entsprechend grosser, möglichst elastischer, angefeuchteter Waschwamm, resp. ein (nicht angefeuchteter) Gummischwamm oder ein Gummi- (Durit-) Kissen, darüber eine unelastische Binde, ein Schnallengurt oder Riemen oder je nach der Grösse des zu behandelnden Körpertheiles eine Verbindung von mehreren einzelnen, 2—4 cm breiten Gurten. Fürchtet man Hautreiz durch das Gummi, so wird eine Mullunterlage dazwischen geschoben. Ist es bequem, die elastischen Körper erst durch eine Cambric- oder Mullbinde an Ort und Stelle festzulegen, so kann dies geschehen. Die unelastische äussere Umschnürung jedoch bedingt erst den Erfolg, trotzdem diese niemals, wie etwa eine Gummibinde, besonders straff gehalten, sondern nur

einfach passend und für das Gefühl des Kranken angenehm weit umgelegt zu werden braucht. Falls ein Waschschwamm gewählt wird, erfolgt täglich 2—3 mal Anfeuchtung auch ohne Abnahme des Verbandes. Gebraucht man einen Schnallengurt, so zieht bei abnehmender Schwellung der Patient selbst die Gurte tagsüber enger. Bei allen nicht progredienten entzündlichen Schwellungen wird man bereits am anderen Tage eine Abnahme finden. Natürlich wird diese meist erst nach einiger Zeit eine dauernde sein; aber die Behandlung wird zweifellos vereinfacht und abgekürzt. Besonders kräftig wirkt ein Luftkissen, zunächst luftleer untergelegt und erst nach Vollendung des Verbandes durch einen kleinen Gummischlauch aufgeblasen. Bei sehr resistenten Schwellungen kann die Wirkung noch besonders gesteigert werden. So handelte es sich einmal um eine ausserordentlich pralle Schwellung des ganzen Unterschenkels bis übers Knie nach Schlag durch eine Wagendeichsel. Bettruhe und Massage hatten nach 7 Wochen einen sehr geringen Erfolg gehabt, und ein einmaliger Gehversuch auch diesen wieder rückgängig gemacht. Autor legte einen Pneumaticschlauch leer am Unterschenkel beiderseits herunter und herauf unter eine Gurtbinde und blies ihn mit der Räderpumpen auf. Pat. hatte keinerlei Empfindung von dem offenbar sehr grossen elastischen Drucke. Trotzdem er inzwischen viel ging, war am folgenden Tage die Schwellung fast, am 3. Tage ganz und dauernd geschwunden, und zwar nicht nur an den vom Schlauch direct gedrückten Theilen, sondern am ganzen Bein. Für die Finger und einzelne Fingertheile bedient man sich statt der Gurte eines Bindfadens oder Drahtes. Es ist hier leicht, die an zwei Seiten liegenden elastischen Körper so breit zu wählen, dass Bindfaden oder Draht die zwischenliegende Haut nicht berühren. Der Gebrauch des betreffenden Gliedes unter dem Verbande fördert noch die Abnahme der Schwellung, ist jedenfalls aber nicht in dem bisherigen Umfange contraindicirt. Unangenehme Druckerscheinungen auf normale Haut kommen nicht vor. Nur bei sehr dünnen Narben wähle man zunächst nur geringen Druck. Autor zog die Methode auch heran zur Mobilisirung steifer Gelenke, sowie als Gegenmittel gegen Narbencontractionen, besonders auch von Brandnarben. Bei Fingersteifigkeiten schiebt man zur Spreizung der Finger kleine Schwammstücke, etwa Tafelschwämme, zwischen sie und befestigt sie mit einer Binde. Zur Streckung wird die Stelle der höchsten Krümmung mit dem elastischen Körper bedeckt und durch

den Gurt resp. Bindfaden gegen ein entsprechend breites, gerades Brett, zur Beugung der steife Fingertheil in ähnlicher Weise durch eine unelastische Binde gegen die Hohlhand gezogen. (Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 41.)

- Ein **gefensterter Mundspatel aus Nickeldraht** wird von Escherich's Assistenten Dr. C. v. Pirquet (Wien) empfohlen. Der Spatel ermöglicht eine leichte Inspection der Wangenschleimhaut, besonders die Besichtigung der Koplik'schen Flecke bei Masern, ist sehr billig (60 Pfg.) und hat sich bereits sehr bewährt. Er wird auch in einer von Prof. Escherich angeregten Modification geliefert (Berlin, Medicin. Waarenhaus und Wien, Dohnal & Co.), bei welcher nur das eine Ende gefenstert ist, das andere einem gewöhnlichen Spatel gleicht.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 38.)

- Einen **Beitrag zur offenen Behandlung granulirender Wunden** liefert Dr. Aronheim (Gevelsberg). Im vorigen Jahre hat Wagner diese Methode empfohlen. Derselbe gab als Nachtheile des Salbenverbandes bei granulirenden Wunden an:

1. Die Aufquellung des Epithelsaumes, der in diesem Zustande einer Epidermisirung der Wunde vom Wundrande nicht günstig ist, und das Vorschreiten der Epidermisirung verhindert;
2. die starke Secretion der Wundfläche, welche oft die sich aus den Resten des Epithels der Talg- oder Schweissdrüsen bildenden Epithelinseln stört und beseitigt;
3. die häufig stark wuchernden Granulationen, die den Epithelsaum überlagern und so rein mechanisch ihre eigene Bedeckung mit Epithel hindern;
4. Die Temperatur- und Feuchtigkeitsverhältnisse des Salbenverbandes, die eine Bakterienentwicklung besonders begünstigen.

Ganz anders ist das Verhalten einer der Luft ausgesetzten Granulationswunde: Man bemerkt zunächst bedeutende Abnahme der Secretion, die Granulationen schrumpfen unter der austrocknenden Wirkung der Luft, die ganze Wunde verkleinert sich sichtlich durch den Schrumpfungsprocess der Granulationen, und die Austrocknung wirkt deletär auf Infectionserreger. Aronheim führt die Behandlung granulirender Wunden in der Weise durch, dass er nach anfänglicher aseptischer oder antiseptischer Behandlung bei Tag

und Nacht die Wunden völlig unbedeckt lässt. Bei Wunden der oberen und unteren Extremität legt er das verletzte Glied in einen Apparat, der in einfachster Weise aus einem von Fliegendraht bogenförmig überspannten Brettchen, entweder mit einem Kissen oder einer gepolsterten Stütze versehen, besteht. Morgens lässt er die Wunde mit einem Verbandwasser aus Acid. boric. 3,0, Hydrogen. superoxyd. Merck (1—3%) ad 300,0 reinigen und Nachts oberflächlich mit einem Pulver aus Xeroform, Airol aa oder Xeroform, Acid. boric. aa bestreuen. Um den vorzüglichen Erfolg dieser Behandlung einer grossen granulirenden Fussverletzung zu illustriren, führt er die Krankengeschichte eines 4jährigen Knaben an, der in eine Göpelmachine gerathen war und eine Zermalmung des einen Fusses davontrug, von dem fast sämtliche Knochen zertrümmert waren. Auch in anderen Fällen bewährte sich die Methode bestens; sie ist billig, einfach, schmerzlos, in der Privatpraxis auch unter ungünstigen Verhältnissen stets durchführbar, die Heilung geht schnell von statten, die Narbenbildung ist eine glatte, eine accidentelle Wundkrankheit nicht zu befürchten.

(Monatsschrift f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen 1904 No. 9.)

- Ein **Pessar zum Verschluss des Anus praeternaturalis***) empfiehlt Baron v. Kuester (Charlottenburg). Da die zum Verschluss des Anus praeternaturalis gebräuchlichen Bandagen ihren Zweck meistens nicht genügend erfüllen oder die Pat. durch Druck, Reibung u. s. w. belästigen, hat Autor bereits vor einigen Jahren ein Pessar construiert, welches sich im Laufe der Zeit recht gut bewährt hat. Dasselbe besteht aus zwei dicht aneinanderhängenden Gummibällchen, welche communiciren und mittels eines dem grösseren Bällchen anhängenden Gummischlauches aufgeblasen werden können. Dieser Gummischlauch wird durch einen Hartgummihahn geschlossen. Zur Anlegung wird das kleinere Bällchen länglich zusammengefaltet und in das Darmlumen eingeführt, während das grössere an der äusseren Bauchwand liegen bleibt. Wird nun durch das in der Mitte des äusseren Bällchens angebrachte Gummirohr Luft eingeblasen, so blähen sich beide Bällchen auf und der After schliesst sich. Die Wirkung der Aufblähung ist nämlich folgende: das im Innern des Darmes liegende Bällchen füllt das Lumen des ersteren

*) Fabrikant: H. Windler, Berlin N. 24. (Preis Mk. 10).

aus und hindert die Kothmassen an der Passage dieser Stelle bez. hält dieselben von der künstlichen Afteröffnung fern. Gleichzeitig aber üben beide Bällchen einen sanften Druck gegeneinander aus und pressen so die Darm- und Bauchwand zwischen sich. Hierdurch wird die Kothfistel von innen sowohl wie von aussen verschlossen. Bei Hustenstössen geben die Bällchen infolge ihrer Elasticität leicht nach, ohne indessen ihre schliessende Wirkung einzubüssen. Weitere Vorzüge des Apparates sind, dass die Bällchen sich ganz von selbst halten und daher keine Leibbinde zu deren Fixation nöthig ist. Ferner sind die Pat. durch keinerlei Druck oder starke Reibung belästigt, und ein sich Verschieben des Pessars ist unmöglich. Ausserdem kann der Kranke seinen künstlichen Anus nach Belieben ganz leicht selbst öffnen und schliessen, ohne fremde Hülfe nöthig zu haben. Die Bällchen werden mit Wasser und Seife gewaschen, eventuell mit Sublimat desinficirt.

(Centralblatt f. Chirurgie 1904 No. 43.)

- **Zur Behandlung des Schluckwehs** bedient sich Prof. A. Jaquet (Basel) jetzt des *Acetonchloroforms* (1%ige wässrige Lösung desselben ist bekannt als „Aneson“), welches so ungiftig ist, dass 2 g davon intern tolerirt werden. Autor pinselte 10—20%ige Lösung (in Oliven- oder Mandelöl) ein oder lässt sie einpinseln, da ja Vergiftungserscheinungen nicht zu befürchten sind. Kurze Zeit darnach Abnahme der Schmerzen und Erleichterung des Schluckacts, 2—3 Stunden anhaltend. Mit 3—4 Pinselungen pro die kommt man in der Regel aus, um Abnahme der Beschwerden zu erzielen bei Anginen, Diphtherie, syphilitischen und tuberculösen Geschwüren des Rachens und Kehlkopfes. Auch Abnahme der Schwellung der Tonsillen und rasches Verschwinden der Beläge war zu constatiren, am deutlichsten bei lacunären und folliculären Anginen.

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1904 Nr. 21.)

- **Ueber die Verwendung der Protargolsalbe in der Behandlung der Wunden und Hautkrankheiten** theilt Dr. Arth. Hopmann (Leverkusen) seine Erfahrungen mit. Er benützt seit 4 Jahren 10%ige Protargolsalbe, die er als ausgezeichnetes Wundheilmittel schätzen lernte. Die Salbe wirkt antiseptisch, ist reizlos, begünstigt ausserordentlich die Granulationsbildung (ohne jedoch eine Ueberwucherung der Granulationen hervorzurufen), regt die Epidermisirung

energisch an, wirkt austrocknend u. s. w. Bei zahlreichen *Wunden*, auch sehr grossen und übel zugerichteten, waren diese Effecte stets zu constatiren, ebenso bei *Verbrennungen* und *Ulcera cruris*. Die Salbe bewährte sich auch bestens bei *Ekzemen*, besonders nässenden und namentlich auch solchen an den Körperöffnungen (Anal- und Genitalgegend, Nase). Bei den scrophulösen Ekzemen der Kinder giebt es kein zuverlässigeres Heilmittel, als jene Salbe, die wegen ihrer gänzlichen Reizlosigkeit auch bei kleinsten Kindern angewandt werden kann. In der Nachbehandlung von Furunkeln, Carbunkeln, gangraenösen und phlegmonösen Processen leistete die Salbe ebenfalls vorzügliche Dienste. Betreffs ihrer Anfertigung ist es zweckmässig, das Protargolpulver vor der Verreibung in kaltem destill. Wasser aufzulösen. Eine gute Vorschrift ist:

Rp. Protargol. 1,5—3,0
 Solv. in Aq. frigid. 5,0
 Tere c. Lanol. anhydr. 12,0
 Adde: Vaseline. flav. amer. ad. 30,0

S. Auf Verbandgaze aufgestrichen zu appliciren.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 45.)

- **Zur Inhalationstherapie** liefert Primärarzt Dr. R. Frh. v. Seiller (St. Elisabeth-Spital Wien) einen Beitrag. Er benützte Bulling's *Thermoviator* bei der trockenen Form der *chronischen Bronchitis*, bei *Asthma bronchiale*, *Pneumonie* und *Laryngitis* und war bei allen diesen Affectionen mit den Resultaten sehr zufrieden. Inhalirt wurden 1—2%ige Kochsalzlösung ohne oder mit Ol. pini pumilion. (4—6 Tropfen auf 50 ccm der Lösung), Jodnatriumlösung (1 bis 2%), Alaunlösung, Gleichenberger Constantin-Quelle, Brunnwasser etc. In der Regel wurde täglich 1 mal 30 Minuten (oder 2 mal 15 Minuten), und zwar bei allen Katarrhen mit zähem Secret, insbesondere bei den chron. Formen der trockenen Bronchitis, möglichst warm, etwa 45—50° C. inhalirt, bei günstigem Krankheitsverlauf später kühler (40—30° C.). Bei acuten katarrhalischen Affectionen mit hyperaemischen Schleimhäuten, z. B. bei acuter Laryngitis, wurde gleich mit kühleren Temperaturen begonnen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904 No. 43.)

- Seine **Exstirpations- und Operationsfeder** empfiehlt Dr. Dreuw (Hamburg) als ein auch für den prakt. Arzt sehr brauch-

bares Instrument zur bequemen, raschen und schmerzlosen Exstirpation von Hautstückchen oder kleinen pathologischen Affectionen der Haut zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken. Die Pat. scheuen oft das Messer und wollen vom „Schneiden“ nichts wissen. Die „Feder“ sehen sie aber als harmlos an und sträuben sich nicht. Die Feder hat ähnliche Form wie eine Schreibfeder (deren Ränder natürlich scharf geschliffen sind) und wird auch wie eine solche in einen Federhalter gesteckt, nachdem sie sterilisirt ist. Wo nun ein Hautstückchen exstirpiert werden soll, bildet man eine Falte mit Daumen und Zeigefinger der linken Hand oder mit einer Pincette. Auf der Höhe der Falte befindet sich die zu exstirpirende Stelle. Die Falte wird gründlich mit Chloraethyl vereist, worauf man mit der Spitze der Feder quer und flach durch die vereiste Falte sticht, sodass das Hautstückchen in der Höhlung der Feder liegt. Autor hat die Feder bisher angewandt:

1. zur Scabiesdiagnose und zum Studium der Scabiesgänge. Wenn man ohne Faltenbildung und ohne Vereisung dort flach einsticht, wo die Milbe am Ende des Ganges voraussichtlich sitzt, so lässt sich dieselbe nachher mittels zweier Nadeln leicht auf dem Objectträger isoliren. Sticht man dagegen nach Faltenbildung und Vereisung tief ein, so ist das Hautstück nach der Vereisung zur histologischen Untersuchung der Milbengänge zu verwenden;
2. in therapeutischer Beziehung zur bequemen und unauffälligen Exstirpation von Cancroid im Beginn, von Warzen, Naevi, Molluscum contagiosum, Xanthom etc.;
3. zu diagnostischen Zwecken in Bezug auf Sicherung der Diagnose durch die histologische Untersuchung.

Die Exstirpations- und Operationsfeder wird hergestellt von dem Instrumentenmacher C. W. Bolte, Hamburg, Rathausstr. 20, zum Preise von 1 Mark. Derselbe stellt auch eine Pincette her, die an der Spitze einen Ausschnitt trägt; die Pincette ermöglicht zunächst eine exacte Faltenbildung. Der zu der Feder passende Ausschnitt dient dazu, eine Verletzung der linken Hand des Operators zu verhüten. Die Federn und der Ausschnitt werden nach Wunsch schmaler oder breiter je nach der Länge des zu exstirpirenden Hautstückchens angefertigt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 44.)

- **Ueber moussirende Sauerstoffbäder** lässt sich Dr. L. Sarason aus. Die bisher gebräuchlichen Kohlensäurebäder waren moussirende. Ihre Heilwirkung beruhte hauptsächlich in dem mechanischen, „frottirenden“ Reiz der an die Haut sich festsetzenden und daran vorüberstreichenden Gasbläschen. Sauerstoffbäder haben verschiedene Vorzüge vor diesen Bädern, wenn sie moussirend sind. Um dies zu erzielen, hat Autor einen neuen Weg eingeschlagen. Superoxyde, in erster Reihe Wasserstoffsuperoxyd, werden im Badewasser aufgelöst, und der labile „Uebersäuerstoff“ wird durch weitere Hinzugabe von katalytisch wirkenden Substanzen abgespalten. Nachdem das Superoxyd in entsprechender Menge im Badewasser aufgelöst ist, giebt man die zweckmässigerweise unlöslichen und an den Boden der Wanne sinkenden Katalysatoren hinein, und alsbald entsteht innerhalb des ganzen Badewassers auf die Dauer von ca. 20—30 Minuten eine moussirende Entwicklung unzähliger, ganz kleiner Sauerstoffbläschen. Mit diesem Verfahren ist somit ein compendiöses, einfaches, billiges moussirendes Sauerstoffbad geschaffen, das in jeder Badewanne, auch zu Hause, bequem verabfolgt werden kann. Die Bäder sind bis jetzt noch nicht im Handel, Näheres ist aber beim Autor (z. Z. in Meran, Tirol) zu erfahren.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 45.)

Bücherschau.

- Als Band III von **Lehmann's Medicin. Atlanten** ist jetzt erschienen: **Atlas der descriptiven Anatomie des Menschen** von J. Sobotta, und zwar dessen 2. *Abtheilung*, enthaltend „Die Eingeweide des Menschen einschliesslich des Herzens“. Der Atlas (Verlag von J. F. Lehmann, München. Preis: Mk. 16) besteht aus 19 farbigen Tafeln und 187 zum Theil mehrfarbigen Abbildungen, welche sämmtlich wieder als vorzüglich gelungen bezeichnet werden können und in ganz hervorragender Weise reproducirt sind. Als Grundlage für alle Zeichnungen diente die Photographie, mit Hülfe derer die Grundrisse sämmtlich angelegt wurden. Corre-

spondirend mit diesem Atlas erschien auch wieder Sobotta's **Grundriss der descriptiven Anatomie des Menschen**, in seiner 2. *Abtheilung* ebenfalls die Eingeweide einschliesslich des Herzens behandelnd. Das Buch (Preis: Mk. 3), das als Handbuch zu jedem Atlas der descriptiven Anatomie dienen kann, speciell aber als mit obigem Atlas zusammengehörig sich erweist, steht letzterem an Qualität und Brauchbarkeit in keiner Weise nach.

- Der von der Redaction der Allgem. med. Central-Zeitung seit 12 Jahren herausgegebene **Medicinal-Kalender und Rezept-Taschenbuch** (Berlin, Verlag von O. Coblentz) erfreut sich dank seiner zweckmässigen Anlage und seines reichen Inhalts einer von Jahr zu Jahr sich steigernden Beliebtheit. Der Inhalt ist in diesem Jahre, da derselbe sich als recht brauchbar und praktisch erwiesen hat, derselbe geblieben, sodass sich das Büchlein wieder als Hilfsbuch für die tägliche Praxis bewähren wird. Hinzugekommen ist noch eine Darstellung der praktischen Hydrotherapie, die Abänderung des Ehrengerichtsgesetzes, sowie das neue Verzeichniss der Todesursachen.
- **Elektricitätslehre für Mediciner** nennt Dr. Walter Guttman ein kürzlich erschienenenes (bei G. Thieme, Leipzig) Werk (Preis: Mk. 4,80), dessen Untertitel lautet: „Einführung in die physikalischen Grundlagen der Elektrodiagnostik, Elektrotherapie und Röntgenwissenschaft“. „Aus Vorträgen entstanden, die ich an der Kaiser Wilhelms-Akademie gehalten habe, bezweckt es, die grundlegenden Gesetze und Erscheinungen der Elektricitätslehre, soweit sie für Mediciner in Betracht kommen, in allgemein verständlicher Form, jedoch unter Vermeidung unnöthiger Breite, zur Darstellung zu bringen, um im Anschluss daran eine Beschreibung der hauptsächlichsten Anwendungsformen der Elektricität in der modernen Medicin, sowie der gebräuchlichsten elektromedicinischen Apparate zu geben.“ Der federgewandte und mit dem zu bearbeitendem Material durch und durch vertraute Verfasser hat sein Programm in so vollendeter Weise zur Ausführung gebracht, dass ein sehr brauchbares, dem Praktiker warm zu empfehlendes Buch entstanden ist. Zahlreiche Abbildungen (263) und 2 Tafeln erleichtern das Verständniss des Textes. — Im gleichen Verlage erschien ein kleines Werk von C. Feistmantel: **Trinkwasser und Infektionskrankheiten**. Auch dieser Autor hat seine Aufgabe in bester

Weise gelöst. In 4 Abschnitten (1. Trinkwasser und Infectionskrankheiten, 2. Nachweis der Infectionskeime, 3. chemische, physikalische und mikroskopische Untersuchung, Localinspection, 4. Sterilisirung von Trinkwasser) giebt er einen klaren Ueberblick über die gesammte Materie, stets die praktischen Gesichtspunkte berücksichtigend. Das Buch wird vortreffliche Dienste leisten.

- A. Hoffa's **Atlas und Grundriss der Verbandslehre**, der 13. Band von Lehmann's bekannten „*Medicin. Handatlanten*“ ist bereits in 3. Auflage erschienen (Verlag von J. F. Lehmann. München), ein Beweis dafür, wie sehr dieses Buch Eingang in die Kreise der Praktiker gefunden hat. In der That ist dasselbe als eminent brauchbar für Aerzte und Studirende zu bezeichnen, mit seinem knappen, klaren Texte und seinen 144 prachtvollen, ungemein plastisch hervortretenden Illustrationen, welche alle für Verbände gebrauchten Gegenstände und die Verbandtechnik selbst dem Leser in prägnantester Deutlichkeit vor Augen führen. Hoffa hat in die Neuauflage wieder das Neue und Brauchbare aufgenommen. Möge das Werk weiter recht viel Nutzen stiften!
- **Medicinal-Kalender**, herausgegeben von R. Wehmer, (Verlag von A. Hirschwald, Berlin). Dieser Kalender bedarf keiner Empfehlung mehr, so bekannt und beliebt ist er. Seine zwei Abtheilungen sind wieder vorzüglich bearbeitet und werden wie immer nach allen Richtungen vollauf befriedigen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

No 4.

Preis des Jahrgangs 4 Mk
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Januar

XIV. Jahrgang

1905.

Agrypnie. Neuronal empfiehlt auf Grund seiner Versuche an 40 Pat. Dr. H. Stroux (Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Andernach). Neuronal (Bromdiaethylacetamid), ein weissliches, mentholähnlich schmeckendes Pulver, schwer löslich in Wasser, leicht löslich in Aether, Alkohol, Oel, wurde in Pulver- und Tablettenform gegeben bei Fällen von einfacher A. bis zu Fällen äusserster Erregung. Mit $\frac{1}{2}$ g wurde höchstens bei einfacher A. etwas erreicht, sonst mussten 1—2 g (seltener 3 g) gereicht werden. Das Mittel ist von sehr geringer Giftigkeit, es brachte nie unangenehme Neben- oder Nachwirkungen zustande. Der Schlaf war ruhig, dem gesunden gleichend, und trat schon $\frac{1}{2}$ Stunde nach der Einnahme ein. Die Pat. waren am nächsten Tage frisch. Auch bei starken Erregungszuständen wurden durch höhere Gaben (2 g reichten meist aus) befriedigende Resultate erzielt, indem es zu 5—6stündigem Schläfe kam. Freilich gab es auch Fälle, wo Neuronal versagte. Mit Rücksicht auf den Bromgehalt wurde das Mittel auch *epileptischen* Kranken längere Zeit systematisch verabfolgt; es war die recht günstige Einwirkung auf die Epilepsie nicht nur auf die Zahl der Anfälle, auch auf das ganze psychische Verhalten nicht zu verkennen, und wären weitere Versuche, namentlich bei frischen Fällen, sicher recht aussichtsvoll.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 41.)

— Ueber Veronal als Schlafmittel äussert sich Dr. Pisarski (St. Lazarusspital Krakau), der das Mittel bei 60 Pat.

mit den verschiedensten Leiden anwandte. Die Erfolge waren recht zufriedenstellend und zeigten, dass Veronal ein gutes Schlafmittel ist, das unschädlich ist und rasch und sicher wirkt. Nach 0,5—1,0 g tritt nach etwa einer Stunde Schlaf ein. Die sichere Wirkung hängt allerdings von der Form ab, in der es verwendet wird. Prompt wirkt es in einem Glase Wein oder in heissem Thee gelöst. Empfehlenswerth sind auch die fertigen, 0,5 g enthaltenden Tabletten, die mit einem Einschnitt behufs Theilung in 2 Gaben versehen sind. Recht gut wirken auch Klysmen (aber nicht unter 1,5 g), warm applicirt. Auch die subcutane Anwendung hat sich als zweckmässig erwiesen. Autor benützte folgende Lösung, von der 25 g (= 0,5 Veronal) injicirt werden müssen:

Rp. Veronal. 1,0
Alcohol. absol. 15,0
Aq. dest. 35,0

Bequemer sind Injectionen einer 10%igen alkoholischen Lösung, welche schmerzlos sind; injicirt man hiervon 5 g, so ist es 0,5 g Veronal, was durchschnittlich eine wirksame Dosis ist.

(Therap. Monatshefte 1904 No. 10.)

- **Gegen Schlaflosigkeit** empfiehlt Dr. K. Witthauer (Halle a. S.) von neuem ein schon von C. Rosenbach 1895 angegebenes Mittel, welches solchen, die schon durch die geringsten Geräusche so gestört werden, dass sie nicht einschlafen können, warm zu empfehlen ist, und das Autor selbst mit bestem Nutzen bei sich anwendet: *die Absperrung des äusseren Gehörganges gegen die Schallwellen*, und zwar durch folgendes einfache und billige Mittel: Man reisst sich einen etwa fingerbreiten und 4—6 cm langen, nicht zu dünnen Wattenstreifen, bestreicht ihn auf beiden Seiten dick mit Vaseline und rollt ihn zu einer Kugel zusammen. Diese steckt man sich in den Gehörgang des Ohres, auf dem man nicht liegt (ev. in beide) und ist nun gegen alle Geräusche gewappnet. Mehrere solcher Kugeln kann man in einer Blechbüchse parat halten, auf der Reise mitführen u. s. w.

(Therap. Monatshefte, October 1904.)

Anaesthesie, Narkose. Zur Methodik der Anaesthesierung nach Oberst macht Dr. W. v. Oettingen (Berlin) eine Mittheilung. Das Oberst'sche Verfahren wird gewöhnlich folgendermaassen beschrieben: „Feste Umschnürung des Fingers resp. der Zehe an der Basis mit Nélaton-

katheter oder Gummischlauch, dann Injection von 2—4 Pravazspritzen, 1—2^oige Cocainlösung an der Längsseite des Gliedes, wo die Nerven verlaufen. Abwarten 5—10 Minuten, dann ist die Analgesie eingetreten.“ Oft ist diese Methode erfolgreich, aber nicht immer. Autor bringt jetzt eine Methode, die immer und fast momentan von Erfolg begleitet ist. Die Umschnürung bleibt dieselbe, es genügen 2 Spritzen 1%iger Cocainlösung, aber sie werden nicht in der Längsrichtung der Nerven, sondern *quer* auf diese injicirt. Nach Abschnürung des Gliedes bestimmt man die dorsale Mittellinie, 3—5 mm von ihr entfernt steche man die Nadel von oben kräftig bis auf den Knochen und injicire $\frac{1}{2}$ Spritze, alsdann ziehe man die Nadel nicht heraus, sondern weiche mit der Spitze um ein Geringes seitlich ab und steche hart am Knochen vorbei durch den Finger bis fast an die Volarhaut, worauf die 2. Hälfte der Spritze injicirt wird. An der anderen Seite der Mittellinie erfolgt die Injection einer 2. Spritze ebenfalls in den 2 Phasen. In wenig Minuten ist der Finger sicher analgetisch.

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1904 No. 19.)

Anaesthesin bei chirurgischen Erkrankungen, insbesondere der Speiseröhre wendet Privatdoc. Dr. G. Lotheissen (Wien) mit sehr zufriedenstellendem Erfolge an, und er lernte namentlich das lösliche salzsaure Anaesthesin als vollständigen Ersatz für Cocain schätzen, ja als ein letzterem überlegenes Präparat, da es wiederholt sterilisirt werden kann, billiger, gegen Licht und Luft viel beständiger ist. Er stäubte bei *tuberculösen Larynxgeschwüren* zuerst Anaesthesinpulver auf, blies einige Minuten darauf Euguform ein und sah, dass die Aetzung nicht schmerzhaft war. Bei grossen Granulationsflächen nach Geschwüren oder Brandwunden wurde vor dem Touchiren mit dem Lapisstifte Anaesthesinpulver aufgestreut, nach 5 Minuten war die Procedur schmerzlos. Besonders bei empfindlichen Personen und bei Kindern ist dies Verfahren zu empfehlen. Bei Verbrennungen war die Wirkung nicht stark; hier wirkte Euguform besser anaesthesirend (event. könnte man beide combiniren). Eiternde Wunden bei phlegmonösen Processen wurden durch Anaesthesinpulverbestäubung nicht schmerzlos gemacht; doch gelang die Anaesthesirung der Schleimhaut über einer Eiterung. So incidirte Autor einmal einen sublingualen Abscess schmerzlos, ja konnte die Kornzange auf mehrere cm einführen und spreizen, ohne dass

Schmerz empfunden wurde, und doch war bloss der Mundboden bestäubt und dann 9 Minuten gewartet worden. Besonders werthvoll erwies sich das salzsaure Anaesthesin bei der Schleich'schen Localanaesthesie. Autor benützte folgende Lösung:

Rp. Anaesthesin. hydrochloric. 0,5
Morph. hydrochloric. 0,02
Natr. chlorat. 0,25
Aq. dest. ad 100,0

Um völlig blutleer zu operiren, fügte Autor noch 1 g Adrenalin hinzu. Der Erfolg war brillant, doch trat bei alten und kachektischen Pat. Nekrose auf, welche die Heilung verzögerte. Deshalb lässt Autor den Zusatz jetzt bei intracutaner und subcutaner Application weg, verwendet aber jene Anaesthesin-Adrenalinlösung in ausgedehntestem Maasse zur Bepinselung der Schleimhäute, so zur *Anaesthesirung der Mund- und Rachenschleimhaut* bei Untersuchungen (Laryngoskopie, Rhinoskopie), bei Incisionen von Tonsillarabscessen, von Eiterungen am Zahnfleisch etc., wo sie gut wirkt. Ebenso bei zerfallenden Tumoren der Zunge und des Mundbodens. So gab Autor einem alten Herrn mit weit vorgeschrittenem, bereits submental exulcerirtem Mundbodencarcinom eine $\frac{1}{4}\%$ ige Lösung von salzsaurem Anaesthesin, damit derselbe 3mal täglich (vor der Mahlzeit) 1 Esslöffel voll in den Mund nehme und 5 Minuten auf der Zunge behalte. Zuvor war wegen der Schmerzen das Schlucken nicht möglich, alles kam zurück; jetzt konnte Pat. flüssige, manchmal sogar dünnbreiige Nahrung wieder hinabbringen. Sehr werthvoll erwies sich das Anaesthesin bei *Erkrankungen der Speiseröhre*. Die Oesophagoskopie gelingt leicht nach Bepinselung von Mund und Rachen mit obiger Anaesthesin-Adrenalinlösung. Bei Fissuren werden diese vor der Aetzung damit betupft, bei stark blutendem Carcinom genügt es, mit der Lösung getränkte Tupfer anzupressen. Bei Sondenbehandlung schmerzhafter Carcinome oder Stricturen bestreicht Autor die Bougies mit 10%iger Anaesthesinsalbe (Lanolin, Vaseline aa) oder lässt 1—2 Minuten vor der Untersuchung 10—15 Tropfen einer $\frac{1}{2}\%$ igen Lösung von Anaesthesin. hydrochloric. trinken. Bei Verätzungsstricturen, bei denen Dilatation und Schlucken sehr schmerzhaft sind, weil noch granulirende Stellen vorhanden sind, lässt Autor zur Verschorfung dieser Stellen 3mal täglich 10 Tropfen 1%iger Höllensteinlösung nehmen.

und vor jeder Mahlzeit 10 Tropfen der $\frac{1}{2}\%$ igen Anaesthesinlösung. Alle diese Pat. können dann viel besser schlucken. Sehr brauchbar ist Anaesthesin auch bei verschiedenen *Affectionen der Analgegend*. Bei Tenesmus und schmerzhaften Haemorrhoidalknoten wirken ja Suppositorien mit 0,2—0,5 Anaesthesin, wirksamer sind hier wohl aber solche mit Morphinum und Extr. Bellad. (aa 0,01). Nach operativen Eingriffen am Mastdarm bestreicht Autor das Stopfrohr mit 10%iger Anaesthesinsalbe, z. B. bei Sphincterdehnung wegen Fissura ani, bei Operation von Mastdarmlisteln etc.). Auch bei conservativer Behandlung der *Fissura ani* schafft das Mittel Nutzen. Der wesentliche Grund, dass der Schleimhautriss nicht heilt, ist der durch die Dehnung beim Stuhlgang hervorgerufene Schmerz mit dem reflectorisch ausgelösten schmerzhaften Afterkrampf. Gelingt es, diesen Schmerz zu verhüten, so fällt auch der Krampf aus, und es tritt langsam Heilung ein, wenn der Stuhlgang geregelt wird. Touchirungen mit dem Lapis leisten hier gewöhnlich nichts, eher sah Autor bei Bepinselungen mit Jodtinctur Erfolg. Am besten ist aber folgendes Verfahren: Pat. nimmt einige Augenblicke, bevor er zu Stuhl geht, etwas von obiger Anaesthesin-Adrenalinlösung auf ein kleines Wattebäuschchen und presst dies in den Anus. Es tritt völlige Anaesthesirung ein, und sind die Faeces dann immer weich, so heilt die Fissur allmählich aus. 10%ige Anaesthesinsalbe hat sich endlich symptomatisch bei *Erysipel* bewährt.

(Wiener klin. Rundschau 1904 No. 44.)

Antisepsis, Asepsis, Desinfection. Ueber mecha-

nische Sterilisation der Gummihandschuhe stellten Dr. Fromme und J. Gawronsky (k. Univers.-Frauenklinik Halle) Versuche an. Dieselben zeigten, dass wir durch 3—4 Minuten Heisswasser-Seifenwaschung und 2 Minuten Sublimatwaschung die Oberfläche der Gummihandschuhe steril machen können, falls diese vollständig intakt sind und der Hand gut und glatt ansitzen. Der Praktiker kann also nicht sterile Handschuhe mit sich führen und anziehen, er macht sie ante operationem auf die angegebene Art keimfrei und kann so Untersuchungen von Kreissenden, Zangenextraktionen, Abortausräumungen, kleinere chirurgische Eingriffe und dergl. ohne Gefahr für die Pat. ausführen.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 40.)

- **Antiseptische oder mechanische Händedesinfection?** fragt R. Schäffer (Berlin) und kommt auf Grund seiner Versuche und Erfahrungen zu dem Schlusse, dass nur die mechanische als wirksam in Betracht kommt. Es giebt kein anwendbares Desinficiens, welches innerhalb der kurzen Zeit, welche hier maassgebend sein muss, auch nur die Eiterbakterien mit Sicherheit abzutöden vermag. Das gilt auch vom *Alkohol*. Allerdings haben zahlreiche Versuche gelehrt, dass dieser den allermeisten Antiseptics überlegen und unserem stärksten, dem Sublimat (1‰), zum mindesten ebenbürtig ist. Verlässlich als Desinficiens ist aber auch Alkohol nicht. Nun kommt diesem aber noch eine zweite Wirkung zu: die fett- und epithelienlösende. Man wasche einmal seine Hände aufs intensivste 10 Minuten lang mit heissem Wasser, Schmierseife und scharfer Bürste, spüle alsdann die Hände sorgfältig in heissem, fliessendem Wasser von allem Seifenschäum ab und bürste sie jetzt 5 Minuten lang in Alkohol. Der letztere trübt sich jetzt allmählich. Giesst man den trüben Alkohol in ein Standgefäss, so setzt sich nach 24 Stunden ein Niederschlag ab, bestehend aus einer Unzahl von Epidermistrümmern und Fettschollen. Das zeigt, welche gewaltige mechanisch reinigende und entkeimende Fähigkeit dem Alkohol neben seiner an und für sich keimtödtenden Kraft innewohnt. Alle Bakterien kann natürlich ein solch wesentlich mechanisches Mittel auch nicht entfernen. Nun kommt demselben aber noch eine dritte Wirkung zu: die Haut zu härten und zuschrumpfen. Es kommt bei unserem chirurgischen Handeln nicht sowohl auf Keimfreiheit, als darauf an, dass die Hände unfähig sind, dabei Keime an die Umgebung abzugeben. Reinecke zeigte vor 10 Jahren, dass er von seinen ungewaschenen Händen, wenn er sie 5 Minuten in Alkohol bürstete, keine Keime mehr abkratzen könne. Man sah dies als „Scheinwirkung“ an und kümmerte sich weiter nicht darum. Und doch verleiht diese „Scheinwirkung“ dem Alkohol seine souveräne Rolle, und es kommt nur darauf an, diese Wirkung zu einer dauernden zu gestalten, damit der Alkohol gewissermaassen die Rolle der Gummihandschuhe spielt, diese ersetzt. Dazu gehört in erster Linie, dass man es unterlässt, nach der Alkohohlärtung der Hände in eine wässrige (antiseptische) Lösung zu tauchen; wirksam ist letztere doch nicht, sie hebt nur die Härtung der Hände wieder auf und erleichtert so die Keimabgabe der Hand. Dasselbe gilt von dem Eintauchen der Hand während der Operation zum Zwecke der Abspülung des

Blutes. Hierzu sollte ebenfalls nur Alkohol benützt werden, und zwar, damit die Hände nicht alterirt werden und Risse bekommen, nicht reiner, sondern 25%iger, der als Spülwasser durchaus geeignet ist. Autor benützt überhaupt kein Antisepticum mehr, sondern nur den Alkohol. Die Ahlfeld'sche Heisswasser-Alkoholmethode ist die einzig rationelle Händedesinfection.

(Therap. Monatshefte, November 1904.

- **Ueber die chirurgische Verwendbarkeit von Perhydrol-lösungen** (Merck'sches Wasserstoffsuperoxyd) berichtet Dr. Alfr. Frank (Städt. Krankenhaus am Urban in Berlin). Bei der Behandlung stark eiternder Wunden, nach Spaltung grösserer Phlegmonen, nach Aufmeisselung von Eiterherden im Knochen und ähnlichem ist die Anwendung feuchter Verbände in vielen Fällen vorzuziehen, weil die mit einem Antisepticum angefeuchtete Gaze gleichmässiger aufsaugt, als die trockene, unter welcher zuweilen Ansammlung von Secret stattfindet, während die obersten Schichten trocken bleiben. Ferner wird der mit solchen Eiterungsprocessen einhergehende Geruch durch feuchte antiseptische Verbände besser beseitigt, als durch trockene. Und endlich vollzieht sich die Abstossung abgestorbener Gewebsfetzen schneller unter dem Einfluss feuchter Wärme. Die zur Anfeuchtung verwendete antiseptische Lösung muss ungiftig und reizlos sein. Sehr geeignet ist hier Mercks 30%iges ~~Wasserstoffsuperoxyd~~ (Perhydrol) in 1%iger, 3%iger und 10%iger Lösung. Es bewährte sich bei incidirten schweren Phlegmonen, stark secernirenden Osteomyelitiden, putriden Empyemen, Carbunkeln, Drüsenvereiterungen, übelriechenden Mittelohreiterungen, bei inoperablen, zerfallenden Tumoren u. s. w. Die jauchenden Flächen reinigten sich sehr rasch, schon nach 1—2 Verbänden stiessen sich die nekrotischen und gangränösen Theile ab, und der Geruch verlor sich bald.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1904 No. 47).

Asthma. Mittheilungen aus der Praxis über **Asthmacuren mit Geheimmitteln und Patentmedicinen** macht Dr. G. Avellis (Frankfurt a. M.). Wir müssen damit Bescheid wissen, weil die Asthmatiker von uns oft genug über solche Mittel Auskunft verlangen, auch solche verschrieben haben wollen, von denen sie sicher Heilung erwarten. Man kann diese Asthmageheimmittel in 4 Hauptgruppen eintheilen: Stramonium- und Salpeterpräparate, Jodlösungen, Atropin, Periplocin.

I. *Stramoniumpräparate:*

- | | |
|--|--|
| 1. Charta antasthmatica.
(Asthmapapier.) | Fruct. anis. 4,0
Aqu. dest. 90,0 |
| Extr. strammon. 10,0 | |
| Kal. nitr. 17,0 | |
| Sacch. 20,0 | |
| Aqu. fervid. 200,0 | |
| 2. Charta fumifera.
(Asthmapappe.) | 8. Martindales Asthmapulver. |
| Charta bibul. gris. 120,0 | Kal. nitr. |
| Kal. nitr. pulv. 60,0 | Herba Lobel. |
| Fol. bellad. pulv. 5,0 | Fol. strammon. |
| „ strammon. 5,0 | „ theae aa 240,0 |
| „ digital. 5,0 | Ol anisi 1,0 |
| Herba Lobel. 5,0 | Aq. q. s. |
| Myrrh. 10,0 | 9. Schiffmanns Asthmapulver. |
| Olibani 10,0 | Salpeter 34,9% |
| Fructus Phellandrii 5,0 | Datura arbor. 51,1% |
| | Symplocarp. foet. 14,0% |
| 3. Candela stramonii.
(Asthmakerzen.) | Eine andere Analyse. |
| Fol. stramm. pulv. 60,0 | Salpeter 25,0 |
| Kal. nitr. 36,0 | Stechapfel 70,0 |
| Bals. peruv. 1,5 | Tollkirsche 5,0 |
| Sacch. pulv. 0,5 | 10. Neumeyers Asthmapulver. |
| Tragacanth. 2,0 | Salpeter 30,0 |
| | Zucker 20,0 |
| 4. Charta antasthmatica
Dursthoff. | Stechapfel 30,5 |
| Ein mit D. R.-G.-M.-Schutz
versehenes Stramonium-
räucherpapier mit Stechapfel-
blättern. | Lobel pulv.. 5,0 |
| 5. Clearys Asthmapowder. | 11. Holländisches Asthmakraut
von Plöne. |
| Fol. strammon. | Wie No. 10 ohne Lobel. |
| „ bellad. aa 15,0 | 12. Fischers Asthmapulver. |
| Op. pulv. 2,0 | Stechapfel 250,0 |
| Kal. nitr. 5,0 | Salpeter 50,0 |
| 6. Pulv. antiasthmatici I. | Schafgarbe 50,0 |
| Fol. strammon. pulv. 40,0 | 13. Hämrods Asthma cure. |
| Fruct. anisi 20,0 | Kalialpeter |
| Kal. nitr. 20,0 | Strammon. |
| | Lobel. |
| 7. Pulv. antiasthmatici II. | Thee |
| Fol. strammon. 60,0 | Fenchel etc. |
| Kal. nitr. 10,0 | 14. Dr. Clerys Poudre anti-
asthmatica. |
| Fol. theae 30,0 | Dasselbe wie No. 10. |
| „ eucalypt. 30,0 | 15. Reichenhaller Asthmapulver
von A. Schmid. |
| Herba cannabis ind. 30,0 | Eucalypt. |
| „ Lobel. pulv. 30,0 | Grindelia robusta |
| | Stechapfel |
| | Salpeter |
| | Benzoe. |

16. Vorländer Fumigatio anti-		Flor. Arnicae	8,0
asthmatica.		Natr. nitr.	3,0
Stramon.	15,0	Kal. jod.	0,3
Herb. Lobel.	8,0	Naphtholi	110
(Fortsetzung folgt.)			

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 43.)

Basedow'sche Krankheit. Ein bisher nicht beobach-

tetes Symptom der B. hebt Dr. S. Jellinek (k. k. Krankenhaus Wieden in Wien) hervor. Es besteht in einer *Pigmentirung der Augenlider*. Dieselbe ist bräunlich, gleich stark und diffus vertheilt in der Haut des unteren und namentlich des oberen Augenlides. Nach oben ist die Verfärbung durch die Augenbrauen begrenzt, nach abwärts hört sie in der Höhe des Margo infraorbitalis auf. Die Conjunctiva ist nicht betroffen. Die Erscheinung gehört oft zu den Frühsymptomen der B. Bei vielen Pat. wurde sie im weiteren Verlauf der Krankheit undeutlicher, schwächer, in seltenen Fällen fehlt sie ganz. Sie ist wohl auf die gleiche Stufe zu stellen mit anderen Pigmentanomalieen, die an den verschiedensten Stellen bei B. aufzutreten pflegen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904 No. 43.)

- **Ueber einseitigen Exophthalmus bei B.** berichtet Dr. E. Stern (Cassel) bei einem von ihm beobachteten Falle. Derartige Beobachtungen sind auch von anderen Seiten gemacht worden, es sind aber immerhin recht wenige Fälle bekannt.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 17. Nov. 1904.)

- **Einen Fall von B. mit Muskelatrophieen und secretorischer Insufficienz der Magenschleimhaut** beschreibt Dr. Miesowicz (Innere Klinik in Krakau). Die 20jähr. Pat. bot ausser den üblichen Symptomen der B. noch die genannten dar. Zunächst Fehlen der Salzsäure und Anwesenheit von Schleim im Mageninhalt, welcher entweder nüchtern oder nach der Eiweissprobe ausgehebert, wie auch im Erbrochenen. Man kann heute noch nicht behaupten, dass diese Erscheinung für die B. bezeichnend ist; auffallend ist freilich, dass unter sieben in jüngster Zeit beobachteten Fällen der B. in der Krakauer Klinik, in welchen der Mageninhalt untersucht wurde, in vier Fällen sowohl nüchtern, wie auch nach den Eiweissproben deutlicher Schleimgehalt und Abwesenheit der Salzsäure erwiesen wurde. Die Muskelatrophie war an den oberen Extremitäten zu constatiren. Lähmungen und Muskelatrophieen

sind schon einige Male bei B. gesehen worden, und diese Beobachtungen wie der obige Fall lassen erkennen, dass es sich hierbei um Veränderungen im centralen Nervensystem handelt. Es besteht solche Aehnlichkeit mit der Atrophia musculorum progressiva, dass man die für diese Affection charakteristischen trophischen Veränderungen auch z. B. für obigen Fall vermuthen kann und die Annahme berechtigt erscheint, dass wenigstens in einer gewissen Anzahl von Fällen der B. das Wesen und die Ursache der Krankheit in anatomischen Veränderungen besteht.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904 No. 45.)

Blutungen. Ueber einige neue Anwendungsformen des

Nebennier. nextractes, die er seit zwei Jahren als zweckmässig und sehr wirksam erprobt hat, macht Dr. Br. Goldschmidt (Berlin) Mittheilung: zunächst die Anwendung in Pulverform. Er benützte das *Reniform* der Firma Dr. Freund und Dr. Redlich, das weit billiger als das englische Adrenalin und dabei ebenso wirksam ist. Ein ~~Zusatz von 2 g des pulverförmigen Präparates zu 100 g Milchzucker und Borsäure zu gleichen Theilen~~ ruft auf Schleimhäuten dieselben Erscheinungen hervor, wie 2%ige Lösung; die ischaemische Wirkung ist eine prägnante, und in Krause's Poliklinik wie in des Autors wird das Pulver consequent vor operativen Eingriffen in der Nase angewendet, um ein beinahe vollständig unblutiges Operiren zu ermöglichen. Ist nun die Anwendung in Pulverform schon auf den intacten Schleimhäuten einfacher als die in Lösung, so tritt der Vorzug derselben noch klarer zu Tage da, wo es sich um Stillung von B. handelt. Allerdings kann man auch durch Anpressen eines in Nebennierenextract getauchten Tampons solche stillen; allein die Einpulverung ist nicht nur einfacher und schmerzloser, sondern man vermeidet auch die Gefahr, beim Herausziehen des Tampons den Schorf wieder abzureissen und dadurch neue B. hervorzurufen. Die Pulverform ermöglicht ferner eine weitgehende Anwendung in der Hand des Publikums. Es hat sich hier besonders bei der Behandlung *acutex Stirnhöhlenkatarrhe* bewährt. Man kann diese mit intensiven Kopfschmerzen einhergehenden Katarrhe häufig dadurch coupiren, dass man den Ausführungsgang der Stirnhöhle im mittleren Nasengang, der in Folge des Katarrhs geschwollen ist, durch Cocainisiren eröffnet und dadurch dem Secret Abfluss verschafft. Ein Nachtheil der Cocainanwendung besteht nun darin, dass nach kurzer Zeit eine auf

Lähmung der Gefässe beruhende reactive Schwellung der Schleimhaut eintritt, die natürlich eine erneute Verlegung des Ausführungsganges zur Folge hat. Jetzt bekommt Pat. Renoformpulver, das er alle halbe Stunde aufschnupft; der ~~Ausführungsgang~~ wird so ständig offen gehalten. Katarrh und Kopfschmerz schwinden oft überraschend schnell. Auch bei *vasomotorischer Rhinitis* ausgezeichnete Wirkung! Bei B. ist allerdings manchmal Tamponade nicht zu umgehen. Um auch diese zweckmässig zu gestalten, liess Autor Renoform-Watte (und Gaze) herstellen, die nur leicht gegen die blutenden Stellen angedrückt zu werden braucht; bei Entfernung dieser lockeren Tampons treten keine Nachblutungen auf.

(Die ärztliche Praxis 1904 No. 18.)

- In einer Arbeit **Wasserstoffsuperoxyd bei Erkrankungen der oberen Luftwege** publicirt Dr. M. Säger (Magdeburg) seine mit dem Merck'schen Präparat*) gemachten Erfahrungen. Meist handelt es sich um B. In leichten Fällen von *Nasenbluten* gelangt man ebenso prompt wie bequem zum Ziel, wenn man eine 1½%ige Lösung (5,0 : Aq. dest. 95,0) in die Nase aufschütten oder ~~eingiessen~~ lässt. In ~~schwereren~~ Fällen ist zu empfehlen, einen mit 6%iger Lösung (10,0 : Aq. dest. 40,0) getränkten Tampon auf die blutende Stelle aufzutragen und, damit die entstehenden Blutgerinnsel nicht herausgeschleudert werden können, das entsprechende Nasenloch sofort mit der Hand oder durch einen Bäusch trockener Watte zu verschliessen. Bei sehr schweren Fällen kommt man allerdings damit nicht aus und muss zur Ausstopfung der Nase mit ~~Stypticinwatte~~ oder ~~Stypticineingaze~~ greifen. Doch reicht für die allermeisten Fälle die blutstillende Kraft des Wasserstoffsuperoxyds vollkommen aus, so auch *nach operativen Eingriffen*. Es zeigte sich hierbei, dass durch Einlegen von damit getränkten Tampons nach grösseren Eingriffen, die nach einer prophylaktischen Adrenalinanwendung vorgenommen wurden, Nachblutungen stets ausblieben. Zur Blutstillung nach operativen Eingriffen im Kehlkopf und Rachen war H_2O_2 stets von promptester Wirkung. Es eignet sich besonders gut, weil es zugleich desinficirend wirkt, und weil seine desinficirende Kraft gerade bei Berührung mit Blut wegen der dabei stattfindenden energischen Sauerstoffentwicklung in besonders hohem Grade zur Geltung kommt.

*) 30%ige Lösung, neuerdings „Perhydrol“ benannt.

Wegen seiner zugleich desinficirenden und adstringirenden Eigenschaften hat Autor das Mittel regelmässig auch in der *Nachbehandlung nach Kehlkopf- und Rachenoperationen* angewandt. Der Erfolg war ein höchst zufriedenstellender. So hat Autor, seitdem er nach Mandelextirpationen die Wundfläche mehrmals täglich mit 6%iger Lösung abtupfen lässt, niemals diphtherieähnlichen Wundbelag gesehen. Dergleichen war der Heilungsverlauf nach Entfernung von adenoiden Wucherungen durchweg ein glatter, seitdem er die ersten Tage nach der Operation mehrmals täglich Eingiessungen von H_2O_2 in 1½%iger Lösung vornehmen lässt. Eine besonders günstige Wirkung entfaltet das Mittel auch bei *Angina lacunaris*. Tupft man es mittels Wattetampons in 6%iger Lösung 3—5 mal täglich auf oder lässt 1½ bis 3%ige Lösung mittels Zerstäubers in den Rachen einstäuben, so bringt es den Belag sehr rasch zum Schwinden. Auch bei *Diphtherie* lässt sich das Mittel so zweckmässig verwenden. Ferner benützt man H_2O_2 mit Vortheil zur Fortschaffung festsitzender Borken bei *Rhinitis* und *Pharyngitis sicca*. Hier muss man allerdings hochprocentige Lösungen anwenden: man betupft die Borken mit einem in 30%ige Lösung getauchten Wattebäuschchen oder legt einen mit 15%iger Lösung getränkten Bausch für mehrere Minuten ein. Von hervorragend guter Wirkung ist das Mittel bei geschwürigen Processen, namentlich *syphilitischen*.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1904 No. 22.)

- **Stypticin gegen haemorrhagische Chorioiditis** empfiehlt Prof. Dr. M. Peschel (Frankfurt a. M.) Während der letzten Jahre hat derselbe wiederholt bei chronischer Chorioiditis mit recidivirenden Glaskörperhaemorrhagieen durch internen Gebrauch von Stypticin eine unzweifelhafte Heilwirkung in dem Sinne erzielt, als das Medicament haemorrhagische Nachschübe verhinderte und daher Aufhellung des Glaskörpers eintrat, indem die Resorption der vorhandenen Trübungen ohne Unterbrechung verlief. Nicht nur im Glaskörper machte sich diese Wirkung des Medicaments bemerkbar, sondern auch in der Choroidea selbst und in der Retina, da auch Haemorrhagieen in die Gewebe selbst verhindert wurden und so die Aufsaugung vorhandener B. ungestört vor sich ging. Ja, Autor konnte mehrfach auch eine vortheilhafte Wirkung der Stypticincur auf exsudative Trübungen des Glaskörpers und auf die entzündlichen Exacerbationen der Chorioiditis erkennen. Diese Wirkung ist wohl eine indirecte, indem durch Ver-

hinderung von neuen B., welche in der chronisch entzündeten Chorioidea neue inflammatorische Anlässe auslösen, letztere verhütet werden. Der chorioiditische Process selbst muss natürlich anderweitig durch entsprechende Curen bekämpft werden. Nach seinen Erfahrungen ist Autor zu der Ansicht gekommen, dass die haemorrhagischen Glaskörpertrübungen nicht nur durch mehr oder weniger massige Blutergüsse aus den Chorioideal- und Retinalgefässen entstehen, sondern dass sehr häufig, besonders bei diffusen Trübungen, Diapedese der Erythrocyten stattfindet, und dass diese letztere sehr häufig mit entzündlichen Zuständen der Chorioidea sich vergesellschaftet. Auch auf diese blutige Diapedese wirkt Stypticin hindernd ein und verhütet dadurch stärkere Trübung des Glaskörpers wie auch Durchblutung des Chorioidea selbst.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 44.)

Ekzem. Die Behandlung des E. mit den neueren und neuesten Mitteln, u. a. auch am eigenen Körper untersucht, so betitelt Dr. L. Mayer (München) eine Arbeit, in der er von neueren Präparaten zunächst beim nässenden E. das *Lenigallol* (Knoll) in Gestalt der Lenigallolzinkpaste empfiehlt. Das Nässen hört in ca. 2—3 Tagen, manchmal schon nach 24 Stunden definitiv auf, der Juckreiz ist sofort beseitigt, die Haut färbt sich schwarzbraun. Morgens und Abends wird behufs Erneuerung die alte Paste mit reichlich Vaseline sanft und ohne Reiben entfernt. Am besten beginnt man mit einer 10%igen Lenigallolzinkpaste, um alsbald zur 20%igen überzugehen. Die Paste wird messerrückendick aufgetragen, mit Watte bedeckt und mit Binde fixirt oder mit Amylum trocken gepudert. Die Flecken in der Wäsche sind leicht zu entfernen. Mit Ausnahme ganz besonders hartnäckiger Fälle, wie sie vor allem das Ekzema palmare darbietet, und die eben eine energische Aetzung mit 15%iger Kalilauge nicht umgehen lassen, wird fast jede nässende Hautfläche durch die 20%ige Lenigallolzinkpaste in spätestens 5—6 Tagen in eine leicht geröthet, wenig juckende und mässig schuppige Hautpartie übergeführt sein. Jetzt kann die Theertherapie beginnen. Da diese oft genug unangenehme Zwischenfälle mit sich bringt, ist es vortheilhaft, die Haut an die starkreducirende Wirkung des Theers zu gewöhnen, wozu uns zwei Präparate zur Verfügung stehen: Das *Thigenol* (pur oder als 20%ige Paste resp. Salbe) und das *Empyroform*,

dieses am besten anzuwenden in Gestalt einer rasch eintrocknenden Schüttelmixtur:

Rp. Empyroform. 15,0
Talc. venet.
Glycerin. aa 10,0
Aq. dest. 20,0

Das Präparat reizt absolut nicht, beseitigt sehr prompt den letzten Rest von Juckreiz und bereitet die Haut vorzüglich zur eigentlichen Theerbehandlung vor, die jetzt sehr angenehm mit dem reizlosen, farb- und fast geruchlosen *Anthrasol* durchgeführt werden kann, am besten in Gestalt einer 10%igen Zinkpaste oder auch einfach mit Olivenöl (10—20—30 %).

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 30.)

- In Bezug auf **diaetetische Behandlung des E.** spricht sich Prof. E. Kromayer (Berlin) wie folgt aus: „Während das acute Ekzem sich fast ausschliesslich auf äussere Reize hin entwickelt, steht das direct in chronischer Form auftretende Ekzem deutlich in Beziehung mit der *harnsauren Diathese*, eine Erkenntniss, die, in Frankreich weit verbreitet und anerkannt, in Deutschland noch nicht von allen Dermatologen getheilt wird. Besonders bei Männern in reiferen Jahren hat man Gelegenheit, eine Form des Ekzems zu beobachten, die theils in umschriebenen krustösen und schuppenden Flecken auftritt, theils sich in leicht reizbaren trockenen, schuppenden, aber nur wenig gerötheten grösseren Hautbezirken äussert, Formen des Ekzems, die zwar auf eine geeignete äussere Behandlung meistens wieder rückgängig werden, aber sich immer wieder ohne direct erkennbare Ursache an den verschiedensten Körperstellen wiederholen und somit einer rein äusseren Behandlung hartnäckig trotzen. Erst wenn man eine antigichtische Diaet und Lebensweise anordnet (mässiges Essen mit Bevorzugung der grünen Gemüse, wenig oder gar kein Alkohol neben Darreichung eines geeigneten Brunnens, Fachinger, Vichy, besonders Salzschlirfer Bonifaciusquelle), gelingt es, dauernde Resultate bei der äusseren Behandlung dieser Ekzeme zu erreichen. Bei einer anderen Ekzemform, dem seborrhoischen Ekzem, im speciellen aber bei der directen Seborrhoe und bei der Akne finden sich in einer grossen Procentzahl Verdauungsstörungen, die sich am häufigsten in mehr oder minder deutlicher Obstipation zeigen. Diese Affectionen bevorzugen das jüngere Alter, besonders die

Pubertätszeit, die dafür geradezu prädisponirt ist. Begnügt man sich bei diesen Patienten nicht mit einigen oberflächlichen Fragen nach Appetit und Stuhlgang, sondern inquirirt genauer, so wird man nach meinen Erfahrungen in reichlich 90 Procent der Fälle Unregelmässigkeiten des Stuhlgangs finden. Die Beseitigung dieser ist nicht auf dem Wege der Darreichung von Abführmitteln zu erstreben, sondern durch Regelung der Diaet, die auf die individuellen Verhältnisse des Einzelnen genaue Rücksicht nimmt. Princip ist dabei: Vermeidung oder Verringerung der leicht verdaulichen „nahrhaften“ Speisen (Fleisch, Eier, Milch, Zucker und was daraus gemacht wird), Bevorzugung aller kothbildenden Nahrungsmittel (Gemüse, Kartoffel, Obst, Salate, Schrotbrot und verwandte Brotsorten), ferner von Fetten ausschliesslich Butter, die in sehr reichlicher Quantität genossen werden kann; Gewürze und Salz sind gestattet. Als Unterstützung dieser Diaet leistet eine leichte Karlsbader Cur (Morgens und Abends eine kleine Messerspitze sal. Carol. in einem Glas lauwarmes Wasser vor der Mahlzeit) Vorzügliches.“

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1904 No. 47.)

- **Ueber die Primelkrankheit und andere durch Pflanzen verursachte Hautentzündungen** lässt sich Privatdoc. Dr. E. Hoffmann (Dermatolog. Universitätsklinik Berlin) aus. Dass durch das Hantiren mit Primeln ekzematöse Hautentzündungen, event. mit Fieber und Allgemeinerscheinungen, hervorgerufen werden können, haben zahlreiche Beobachtungen der letzten Jahre zur Genüge gezeigt. Hauptsächlich ist die *japanische Primel* (*Primula obconica*) die Veranlasserin solcher Hautaffectionen gewesen, aber auch die *chinesische Primel* (*Primula sinensis*) wirkt bei disponirten Individuen ähnlich, wenn auch weniger heftig, und selbst unsere *Primula officinalis* enthält in ihrer Wurzel reizende Stoffe, die event. ebenfalls in dem angegebenen Sinne einzuwirken im Stande sind. Hochgradige Hautentzündungen können aber auch anderen Pflanzen ihren Ursprung verdanken. So dem *Giftsumach* (*Rhus toxicodendron*), so dem *japanischen Lack*, so den Früchten von *Anacardium orientale* und *occidentale* (sogen. „Elephantenläuse“, Volksmittel gegen rheumatische Beschwerden). Noch von drei anderen Pflanzen konnte Autor selbst in letzter Zeit ihre hautreizende Wirkung beobachten. Eine Gärtnersfrau bekam nach mehrstündigem Schneiden von *Chrysanthemum indicum* jedesmal unter Fieber heftiges E. an Hän-

den und Armen. Zwei andere Pat. hatten sich durch Einwirkung der Blätter oder Wurzel der *Meerzwiebel* (*Scilla maritima*) bläschenförmige Entzündungen an Händen und Armen zugezogen. Die eine hatte auf eine kleine Brandwunde am Finger ein gehacktes Blatt der Meerzwiebel aufgelegt und eine 14 Tage dauernde, mit Bläschenbildung einhergehende Entzündung der Haut davongetragen, die andere bekam, kurz nachdem sie aus rohem Fleisch und zerriebenen Meerzwiebeln Fleischkuchen als Rattengift bereitet hatte, die gleiche Erkrankung. Endlich sah Autor bei einem Patienten, der Blätter des *Lebensbaumes* (*Thuja occidentalis*) mit den Fingern zerdrückt und sich darnach im Gesicht berührt hatte, eine kurz darauf beginnende heftige roseähnliche Hautentzündung des Gesichts und der Hände, die nach etwa zehn Tagen unter ziemlich starker Schuppung abheilte. Die Kenntniss solcher aetiologischer Momente ist für den Arzt äusserst wichtig.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 44)

— **Ueber E. nach bzw. durch Gebrauch von Javol** berichtet Dr. M. Joseph (Berlin). Die Beobachtung stammt von einem Collegen, er selbst verfügt aber über eine ähnliche. Der Pat. musste im Frühjahr 1903 mit dem Gebrauche von Javol aufhören, da er während seiner täglichen Anwendung (morgens) ein stark nässendes E. über den ganzen Kopf mit massenhaften Haarausfall sich zuzog. Da er in den ersten Tagen nicht dem Javol die Schuld gab, wandte er es weiter an, aber am 3. und 4. Tage verschlimmerte sich das E. sehr, auch Stirn, Ohren, Nacken wurden heftig betroffen. Nach Aussetzen des Javol, das seit länger als einem Jahr ohne Schaden benützt worden war, Heilung nach 14 Tagen. Im Frühjahr 1904 versuchte der College wieder Javol (eine neue Flasche). Schon nach einmaliger Anwendung Beginn eines E., nach der 2. Application Verschlimmerung mit einem wahrhaften Defluvium capillitii. Dauer länger als zwei Wochen.

(Dermatolog. Centralblatt, Novemb. 1904.)

Fracturen und Luxationen. Die **Abrissfractur der Tuberositas tibiae** bespricht im Anschluss an eine eigene Beobachtung Hoffa's Assistent Dr. G. A. Wollenberg (Berlin). Die Affection galt als recht selten, bis vor etwa Jahresfrist Schlatter die Verletzung des schnabelförmigen Fortsatzes der oberen Tibiaepiphyse als typische Verletzung schilderte, die nicht gar so selten bei jugendlichen Personen

zu constatiren sei und ein scharf umschriebenes klinisches Bild zeige. Er veröffentlichte acht Fälle, bei denen es sich um Knaben von 12—17 Jahren handelte. Die Ursache war meist eine, oft ganz unerhebliche, bald directe, bald indirecte (infolge kräftiger Contraction des Quadriceps femoris) Gewaltwirkung; nie war es zu einer vollständigen Loslösung des schnabelförmigen Fortsatzes gekommen. Seltener scheinen die wahren Abrissfracturen des Schienbeinstachels zu sein. Hier handelt es sich meist um eine Verletzung des Alters, in welchem die knöcherne Vereinigung des schnabelförmigen Fortsatzes mit der Tibiadiaphyse bereits eingetreten ist. Wollenberg beobachtete nun folgenden interessanten Fall: 23jähr. Leutnant consultirte ihn am 16. VIII. 1904. Im Frühjahr 1898 verunglückte Pat., damals Kadett, beim Weitsprung über den Voltigirbock derart, dass er, im Begriffe, beim Aufsprunge in die Kniebeuge zu gehen, plötzlich einen heftigen Schmerz im linken Knie verspürte. Pat. war unfähig zu gehen. Es wurde damals durch einen gekreuzten Heftpflasterverband die Patella herabgezogen. Pat. blieb fünf Wochen in Lazarettbehandlung, wurde dann einer Massagecur unterworfen und bekam volle Gehfähigkeit wieder, ja war weiten Märschen gewachsen. Erst in letzter Zeit bemerkte er bei starken Ueberanstrengungen auf unebenem Terrain Beschwerden im Knie, Schwäche und Schmerzen. Bei der Untersuchung fällt zunächst die sehr kräftig entwickelte Beinmuskulatur auf; besonders Quadriceps mächtig entwickelt, bei Contraction reliefartig vorspringend; der linke Quadriceps zeigt aber gegenüber dem rechten deutliche Schwächung, fühlt sich schlaffer an und springt nicht so scharf bei Contraction vor. Linke Patella steht höher als die rechte, zeigt aber normale Contouren und dieselben Längen- und Breitenmaasse, wie diese. Etwa 1 cm unter der Patella ein 5 cm langer, harter Körper, oben $4\frac{1}{2}$ cm breit, nach unten sich keilförmig verjüngend. Spitze des Körpers von der Gegend des normalen Ansatzes des Ligament. patellae propr. etwa $1\frac{1}{2}$ cm entfernt. Letztere Stelle zeigt eine abnorm vorspringende Knochenleiste. Bei Streckstellung des Beines liegt der dreieckige Knochenkörper direct vor dem Gelenkspalt. Bei Bewegungen im Knie fühlt die aufgelegte Hand weiche Crepitation. Alle Bewegungen kräftig und in normalen Grenzen ausführbar. Das Röntgenbild zeigt bei seitlicher Durchstrahlung des Knies die nach oben dislocirte intacte Patella. An Stelle des normalen Sitzes der Patella sieht man ein nicht ganz regelmässiges starkes

Knochenstück, das nach oben und unten zugespitzt endigt, nach vorn eine ziemlich gerade, nach hinten eine convexe Begrenzung zeigt. An Stelle der Tuberositas tibiae findet sich eine stark vorspringende, besonders nach oben spitz von der Tibiaepiphyse sich abhebende Knochenleiste mit ziemlich starker Corticalis und hellerem Centrum; dasselbe hellere Centrum zeigt auch die untere Spitze des abgerissenen Knochenstückes. Es handelte sich hier sicher um einen Abriss der Tuberositas tibiae in Folge übermässiger Contraction des Quadriceps. Dies wurde noch klarer bei Betrachtung einer 1898 unmittelbar nach der Verletzung aufgenommenen Röntgenphotographie. Die Knochen zeigen hier im Allgemeinen etwas schwächere Verhältnisse, als jetzt. Der untere Theil des schnabelförmigen Fortsatzes ist noch deutlich von der Tibiaepiphyse abgegrenzt. Der obere Theil ist abgerissen. Man sieht an der Tibia noch einen vorragenden kleinen Knochensplitter, und das abgerissene Bruchstück zeigt ebenfalls Unregelmässigkeiten. Was ist aus dem kleinen, schwächtigen, abgerissenen Knochenstück im Laufe der Jahre geworden! Sei es, dass von mitabgerissenem Periost eine ausgiebige Knochenwucherung stattgefunden hat oder dass in dem abgerissenen Knochenstück als Wachsthumscentrum ein accessorischer Knochenkern gelegen hat, wir haben jetzt einen respectablen Knochenkörper von dreifachem Umfang vor uns. Fragt man nun, warum bei gleicher Gewaltwirkung in dem einen Falle ein Querbruch der Patella entsteht, im anderen eine Durchreissung der Sehne, im dritten eine Verletzung der Tuberositas, so muss man die Antwort in dem unterschiedlichen Verhältniss von Festigkeit der Muskeln und Sehnen zur Knochenfestigkeit suchen. Daher sehen wir bei muskelstarken jüngeren Individuen die Verletzung der Tuberositas leichter eintreten, zumal letztere ein Punctum minoris resistentiae besitzt in dem Theil, wo der fast stets vorhandene, in der Spitze befindliche Knochenkern von dem oberen Theil getrennt ist. Meist soll ferner der schnabelförmige Fortsatz zwischen dem 13. und 14. Lebensjahre auftreten, während zwischen dem 18. und 20. Jahre die Vereinigung von Epiphysenfortsatz und Diaphyse sich vollzieht. Je näher nun das Alter des verletzten Individuums dem Entwicklungsbeginne des Fortsatzes liegt, desto leichter wird lediglich die Spitze des Fortsatzes verletzt, während gegen den Anfang der Verwachsung von Epiphyse und Diaphyse hin leichter ein Abriss der Tuberositas eintritt. Meist ziehen sich die Pat. derartige Ver-

letzungen beim Springen und Turnen zu, wobei wohl meist die kräftige Contraction des Quadriceps aetiologisch verantwortlich zu machen ist. In obigem Falle ist ebenfalls besonderes Gewicht auf die aussergewöhnlich kräftige Entwicklung des Quadriceps zu legen. Pat. giebt an, dass er schon zur Zeit der Verletzung sich durch Radfahren eine sehr kräftige Beinmuskulatur erworben habe. Letztere ist sicher auch für die tadellose functionelle Wiederherstellung verantwortlich zu machen, obwohl der Fall zu den seltenen gehört, bei denen keine knöcherne Vereinigung der Bruchstücke erfolgt ist, obwohl Pat. gleich nach der Verletzung ärztlich behandelt wurde. Die abgerissene Tuberositas ist mit der Tibia in fester bindegewebiger oder sehniger Verbindung; sie hat die Function der dislocirten Patella auf's vollkommenste übernommen und liegt jetzt als Schutzwacht vor dem Gelenkspalt. Was die Therapie derartiger Verletzungen anbetrifft, so genügt in leichten Fällen Schonung, event. durch Anlegung eines Verbandes, um Heilung herbeizuführen. Auch bei vollkommenem Abriss der Tuberositas genügt im Allgemeinen ein das Bruchstück nach unten ziehender Heftpflasterverband. Die geringe Störung, die bei obigem Falle resultirte, ist auf Ueberanstrengung der etwas geschwächten Quadricepsmuskulatur zurückzuführen; Massage und Gymnastik werden in kurzer Zeit die Function des Beines vollkommen wieder herstellen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 43.)

- **Ein Fall von Sesambeinfractur** wird von Dr. H. Marx (Chirurg Klinik Heidelberg) mitgetheilt. Es handelt sich um einen 40 jähr. Krahnführer, der früher nie wesentlich krank war. Am 15 März glitt er auf einer eisernen Stufe, ca. $\frac{3}{4}$ m über dem Erdboden, beim Herabsteigen mit dem linken Fuss aus, und stürzte mit seinem ganzen Gewicht auf den rechten Fuss, den er vorgestreckt hatte, um auf den Erdboden herabzutreten. Er knickte hierbei mit dem rechten Knie etwas ein und fiel rücklings um. Im Moment des Auftreffens mit dem plantarwärts gebeugten Fuss auf den sehr harten Boden empfand er einen stechenden Schmerz im Grosszehenballen. Der Schmerz liess jedoch bald etwas nach, so dass Patient seine Arbeit wieder aufnahm. Bei derselben hat er mit dem rechten Fuss eine Bremse des Krahns zu dirigiren, so dass der Fuss immer in Bewegung ist. Hierbei fühlte er stets etwas Schmerz an der genannten Stelle, der nach 14 Tagen so stark

war, dass er seine Arbeit nicht mehr vollbringen konnte und zum Arzte ging. Derselbe stellte eine „Zehengelenkentzündung infolge von Verstauchung“ fest und behandelte 18 Tage mit Eisbeutel und Umschlägen. Dann nahm Patient seine Arbeit wieder auf, da der Schmerz beim Auftreten des Fusses sich verringert hatte. Bald traten jedoch bei der Anstrengung des Fusses wieder stärkere Schmerzen auf, so dass Patient nach 30 Tagen wieder die Arbeit einstellte und nun 4 Wochen lang mit Einreibungen. Umschlägen u. s. w. behandelt wurde. Hierauf wurde er für arbeitsfähig erklärt. Da jedoch Pat. beim Auftreten noch Schmerz empfindet und besonders wenn er, wie erwähnt, mit dem Fusse die Bremse des Krahns behandelt, wendet er sich um Rath an die chirurgische Klinik. Der objective Befund hier ist folgender: Musculöser, kräftig gebauter Mann mit gesunden inneren Organen. Der rechte Fuss zeigt keine deutliche Difformität, gleicht in der Form vollständig dem linken. Die Bewegungen der Sprunggelenke sind activ und passiv vollständig frei, nicht schmerzhaft. Die zweite bis fünfte Zehe zeigen ebenfalls freie Beweglichkeit. Bei stärkerer activer Beugung der Grosszehe fühlt Patient auf der tibialen Seite des Grosszehenballens einen stechenden Schmerz, „wie wenn im Innern eine feine Messerspitze sich einbohrt“. Active Streckung der Grosszehe ist in den normalen Grenzen nicht schmerzhaft, wird jedoch die Grosszehe passiv sehr stark gestreckt, so empfindet Patient dasselbe Stechen wie bei dem stärkeren Beugen. Sonst sind die Bewegungen der Grosszehe nicht schmerzhaft. Bei Druck auf die tibiale Seite des Grosszehenballens empfindet Patient an ganz circumscripiter Stelle ebenfalls den angegebenen stechenden Schmerz. Sonst ist der Fuss an keiner Stelle druckempfindlich. Beim Gehen schont Patient den rechten Fuss, hinkt deshalb etwas. Er hebt hierbei den Fuss in toto auf, geht stampfend mit demselben, ohne ihn regelrecht vom Boden abzuwickeln. Thut er letzteres auf Aufforderung, so empfindet er bei der Ablösung der Ferse vom Boden, wenn der Stützpunkt auf die Capituli metatarsi übergeht, einen stechenden Schmerz im Grosszehenballen. Eine sichere Diagnose der vorliegenden Verletzung wurde aus diesen Symptomen nicht gestellt und deshalb eine Röntgenaufnahme vorgenommen. Dieselbe ergab nun den vollständig eindeutigen Befund, dass das innere Sesambein in etwas schräger Richtung in zwei Hälften gebrochen ist. Sonst zeigt das Fuss-Skelett vollständig normale Verhältnisse.

Es handelt sich also um eine isolirte Fractur des medialen Sesambeines der *Articulatio metatarsophalangea* der rechten grossen Zehe, einen sehr seltenen Fall. Was die Aetiology der Verletzung betrifft, so ist hier die Fractur durch directe Gewalt entstanden. Die Bewegung des Herabsteigens, wobei der Fuss ja im Sprunggelenke plantarwärts gebeugt und die Zehen etwas dorsalwärts gestreckt werden, bewirkte es, dass im Moment des Auftreffens auf den harten Fussboden das ganze Gewicht des fallenden Körpers auf die Metatarsalköpfchen drücken und so das am meisten vorstehende Sesambein zertrümmern konnte. Vielleicht war der Fuss hierbei auch noch in leichter Pronationsstellung, wodurch gerade das mediale Sesambein allein die Last zu tragen hatte. Die Diagnose der Fractur wird ohne Röntgenaufnahme wohl stets nur schwer zu stellen sein, immerhin wird bei Berücksichtigung des ziemlich typischen Symptomencomplexes unter Umständen dies möglich sein. Allerdings sind wir hierbei meist auf die subjectiven Angaben des Patienten angewiesen: Circumscripiter Druckschmerz an der typischen Stelle, Schmerz beim Gehen bei der Abwicklung des Fusses, bei stärkerer activer Flexion und stärkerer passiver Streckung der Groszzehe. Bei Fractur des lateralen Sesambeins wird wohl auch active Abduction und stärkere passive Abduction besonders schmerzhaft sein, da an diesen ein Theil des *Adductor hallucis* sich inserirt. Differentialdiagnostisch wird man Fractur des Metatarsus dadurch ausschliessen können, dass hierbei Druck auf die dorsale Fläche des Metatarsus ebenfalls schmerzhaft ist und auch indirecter Bruchschmerz vorhanden ist. Eine Distorsion des Metatarsophalangealgelenks wird im ganzen stärkere Beweglichkeitsbeschränkung verursachen und hierbei ebenfalls Druck dorsal auf das Gelenk schmerzhaft sein, dasselbe gilt für die Arthritis, die ja besonders häufig in diesem Gelenke ist. Das Ausschlaggebende für die Diagnose wird wohl stets die Röntgenaufnahme sein. Was die Therapie betrifft, so waren, wie erwähnt, in unserem Falle längere Zeit Ruhestellung, Umschläge, Einreibungen u. s. w. angewandt worden, ohne jedoch einen wesentlichen Erfolg zu erzielen. Da Patient immer noch bei Gebrauch des Fusses Schmerz empfand, so setzt die kleine Verletzung die Erwerbsfähigkeit des Patienten immerhin erheblich herab, besonders da er, wie ausgeführt, bei Ausübung seines Berufes den Fuss stets anstrengen muss. Es erschien deshalb als das rationellste, dem Patienten

das zersplitterte Sesambein durch einen kleinen Einschnitt blosszulegen und zu entfernen. Aus äusseren Gründen wurde bisher der Eingriff nicht vorgenommen.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 38.)

Hyperidrosis. Adorin, ein neues Pulver zur Behandlung

des Schweissfusses, empfiehlt Dr. Joachimczyk (Oberkotzau). Adorin (hergestellt von der Fabrik vorm. E. Schering in Berlin und in Streubüchsen à 50 und 100 g abgegeben) ist ein Formalinpräparat, ein feines, fast geruchloses, weisses Pulver. Dasselbe hat bei der Behandlung des Schweissfusses sehr gute Dienste geleistet.

(Therap. Monatshefte, October 1904.)

- **Mesotan bei H. pedum** bewährte sich Dr. F. Weitlaner in sämtlichen fünf Fällen, wo er das Präparat anwandte. Die schweisshemmende und desodorisierende Wirkung war eine hervorragende. Es wurde Mesotan (Mesotan, Ol. olivar aa) täglich morgens beim Aufstehen unmittelbar bevor die Strümpfe angezogen wurden, in erbsengrosser Menge mit der Hohlhand in die Fusssohle kurz eingerieben. Eine Reaction trat nicht auf, auch ist diese Behandlung eine billige (mit 30 g Mesotanöl kommt Patient durch Wochen aus.)

(Monatshefte für prakt. Dermatologie, 15. Nov. 1904.)

Otitis. Ueber das Wesen und die Behandlung der chronischen Mittelohreiterung lässt sich Priv.-Doc. Dr. B. Heine (Ohrenklinik der Universität Berlin) aus. Die chronischen Mittelohreiterungen zerfallen in 2 Gruppen: bei der ~~einen~~ ist die Eiterung die Folge einer chronischen Entzündung der Schleimhaut der Paukenhöhle und des Tubenabschnittes resp. der ganzen Tube, bei der ~~anderen~~ wird sie unterhalten durch cariöse und nekrotische Processe an den Gehörknöcheln, im Kuppelraum, im Antrum oder Warzenfortsatz. Es können natürlich beide Formen gleichzeitig vorhanden sein. In der Regel werden wir aus dem otoskopischen Bilde und sehr häufig schon bei der ersten Untersuchung erkennen, um welche Form es sich handelt. Das ist wichtig für die Art der Behandlung und für die Prognose, indem fast ausnahmslos intracranielle Complicationen von den Eiterungen der 2. Gruppe verursacht werden, von denen der ersten nur dann, wenn die Eiterung von neuem in ein acutes Stadium tritt und zu einer Warzenfortsatzerkrankung führt. Abgesehen von dieser

Einschränkung können wir daher die chronischen Mittelohreiterungen in ungefährliche (die Schleimhauteiterungen) und gefährliche (die Knocheneiterungen) eintheilen. Für die Diagnose bestimmend ist der Befund am Trommelfell, die Lage der Perforation. Liegt diese central oder doch so, dass sie ringsum vom Trommelfell umgeben ist, wenn von diesem am Rande auch zuweilen nur ein ganz kleiner Saum steht, so handelt es sich fast stets um Schleimhauteiterung, bei randständigen Perforationen in den oberen Quadranten dagegen um die zweite Gruppe. Die Gefährlichkeit der letzteren besteht darin, dass diese Eiterungen sich allmählich durch den Knochen durchfressen und bis zum Gehirn vordringen können. Dies wird dadurch unterstützt, dass die Abflusswege für den Eiter sehr eng sind, dieser aus dem Kuppelraum häufig nur durch eine kleine Perforation am oberen Pol sich entleeren kann, welcher Abflusskanal häufig noch durch Granulationen, Polypen etc. verlegt ist. Durch die Perforation dringt auch häufig die Epidermis des äusseren Ohres in die Mittelohrräume ein, es kann so zu einer Anhäufung von abgestossenen Epidermismassen kommen, zur Bildung eines Cholesteatoms oder besser gesagt eines Pseudo-Cholesteatoms. Der Name „chronische Mittelohreiterung“ fasst also ganz verschiedene Krankheitsprocesse in sich. Die Anamnese kann die gleiche sein. Nach Masern, Scharlach, Diphtherie u. s. w., aber auch ohne nachweisbaren Grund ist es zu einer langdauernden Eiterung gekommen, und es besteht neben dieser oder bereits ohne diese Schwerhörigkeit. Alles kommt auf die Untersuchung an. Man findet im Ohr Eiter. Derselbe ist geruchlos. Um das Trommelfell sichtbar zu machen, wird am besten das Ohr unter schwachem Drucke ausgespült mit lauwarmem Wasser, event. unter Zusatz von etwas Borsäure. Das ist schonender und führt rascher zum Ziel, als die trockene Methode, die oft recht schmerzhaft ist. Zieht man über die Spitze der gewöhnlichen, 50 g haltenden Wundspritze einen dünnen, das Ende 2—3 cm überragenden Gummischlauch, so kann man ohne Laesionen zu machen, selbst bei unruhigen Kindern ausspritzen. Aus dem Spritzwasser kann man nun oft schon einen Schluss auf die Art der Eiterung machen: es enthält grosse Schleimflocken. Die Perforation am Trommelfell aber erscheint nichtrandständig. Man kann sofort dem Pat. sagen, dass, wenn auch der Ausfluss vielleicht noch längere Zeit anhalten wird, seine Erkrankung keine gefährliche ist, ein operativer Eingriff nicht

nöthig sein wird. Therapeutisch hat man hier nur das Ohr rein zu halten und Secretansammlungen zu verhüten. Es genügen Ausspülungen mit lauwarmen Lösungen von Acid. boric. (1 Theelöffel auf 1 Wasserglas Wasser), Natr. tetraboric. (2 Theelöffel) oder Formalin (3—4 Tropfen), je nach der Menge des Secrets 1—3 mal mittels kleinen Gummiballons vorgenommen so lange, bis das Wasser klar abläuft. Darauf Austrocknen des Ohres, am besten in der Weise, dass Pat. ein Handtuch über seinen Zeigefinger stülpt, diesen in den Ohrgang einführt und durch Neigen des Kopfes nach der betreffenden Seite und Schütteln des Fingers im Gehörgang die zurückgebliebene Flüssigkeit zum Auslaufen bringt. Das die ganze Therapie. Nur wenn die Secretion sehr gering ist und die Paukenschleimhaut nicht mehr geschwollen und geröthet erscheint, unterlässt man die Spülungen und reinigt nur alle paar Tage trocken, bei grosser Perforation fein gepulverte Borsäure oder Natr. tetraboric. hinterher einblasend. Der Pat. hat aufzupassen, dass ihm beim Waschen oder Baden kein Wasser ins Ohr läuft, da sonst leicht die Eiterung wieder acut wird. Baden im Fluss oder in der See unterlasse er oder verschliesse dabei das Ohr mit (nicht entfettet!) Watte. Nun der andere Fall. Im Ohre Eiter, derselbe riecht übel, das Spritzwasser zeigt leichte milchige Trübung, es schwimmen darin event. Bröckelchen von eingedicktem Eiter und Epithelien herum, die Perforation ist ~~ständig~~. Es handelt sich um Knocheneiterung, bei der nach Ansicht mancher Autoren stets operirt werden soll. Das ist aber nicht immer nöthig. Bei sogen. „kalten Fällen“, d. h. solchen, die ausser Ausfluss und Schwerhörigkeit keine Beschwerden machen, ist eine conservative Therapie noch gerechtfertigt. Solche Fälle heilen ja manchmal spontan aus, und es gelingt oft, durch geeignete Maassnahmen die Heilung noch rascher herbeizuführen. Auch hier ist Reinigung des Ohres wie oben geschildert zunächst anzustreben. Dabei bewährte sich besonders Formalin. Zunächst schwindet der üble Geruch. Das Ausspritzen bereitet aber manchen Pat. Schwindel. Um zu verhüten, dass der Strahl direct die Labyrinthwand trifft, ist von Lucae eine Douchespritze angegeben, bei welcher der Schlauch an der Spitze verschlossen ist, dafür aber an den Seitenwandungen kleine Löcher sitzen, durch die sich die Flüssigkeit in Gehörgang und Pauke ergiesst. Weiter muss man darauf bedacht sein, dem Eiter guten Abfluss zu verschaffen. Polypen und grössere Granulationen werden

mit der Schlinge abgetragen, kleinere mit Chromsäure, Trichloressigsäure, Höllenstein oder durch Galvanokaustik zerstört. Ausgedehnte Granulationspolster kann man durch Betupfen mit Milchsäure (30%) häufig schnell zum Schrumpfen bringen; auch Einträufelungen von absolutem Alkohol, rein oder zu gleichen Theilen mit Glycerin, bewähren sich gut. Wie lange man mit dieser conservativen Behandlung forfahren darf, hängt von dem Falle selbst ab. Der erfahrene Ohrenarzt wird bald erkennen, ob er ohne Operation zum Ziele kommt oder nicht; jedenfalls wird man höchstens 4—6 Wochen zu warten brauchen, um die Entscheidung fällen zu können. Bei Cholesteatom ist sofortige Radicaloperation indicirt, ebenso wenn Symptome einer intracraniellen Complication vorhanden sind oder sich melden, z. B. Symptome allgemeiner Natur auf die drohende Gefahr aufmerksam machen. Stellt sich im Laufe einer sonst symptomlosen chronischen Mittelohreiterung Fieber ein, und können wir jede andere Quelle im Körper für dasselbe ausschliessen, so deutet das auf eine intracranielle Complication hin. Kopfschmerzen sind eine Mahnung, dass der Eiterherd nicht mehr fern von der Dura ist oder diese gar schon erreicht hat. Ein sehr wichtiges Symptom, das zur schnellen Operation auffordert, ist der Schwindel, mit oder ohne Begleitung von Nystagmus; er deutet darauf hin, dass die knöcherne Labyrinthkapsel an einer Stelle durchbrochen und das häutige Labyrinth eröffnet ist. Zuweilen durchbricht die Eiterung den Fallopi'schen Canal: eine Facialisparesie ist die Folge. Durch diesen Nerven kann die Eiterung zum Gehirn fortgeleitet werden, und auch hier wird man sofort zur Operation schreiten. Nur bei Tuberculose mit schlechter vitaler Prognose wird man nicht mehr operiren.

(Die Therapie der Gegenwart, October 1904.)

- **Ohrenärztliche Erfahrungen mit Aspirin** publicirt Dr. E. Meyer, Ohrenarzt in Magdeburg. Er hat sich wiederholt von der hervorragenden Wirkung des Mittels bei den durch entzündliche Affectionen des äusseren und mittleren Ohres verursachten Schmerzen überzeugt; bei *Gehörgangsfurunculose* und *Perichondritis* leistete es gute Dienste, desgleichen bei *Mittelohrkatarrhen* und *Eiterungen*. Aber auch bei *entzündlich intracraniellen Erkrankungen otitischen Ursprungs* wirkte Aspirin, hier in eigenartiger Weise. Vor einigen Jahren lernte Autor in einem Falle otitischer Meningitis eines 7jährigen Kindes die prompte, stets 10—15 Minuten

nach der Einnahme auftretende beruhigende Einwirkung von Aspirin (in Dosen von 0,25) kennen — Jactationen und Schreianfälle sistirten —, und könnte diesen sedativen Einfluss, der nicht etwa auf Herabsetzung der Temperatur beruhte, in einer Anzahl anderer otitischer Meningitiden bei Erwachsenen und Kindern beobachten. Aspirin wirkte nur symptomatisch ein. In 2 anderen Fällen trat eine andere Wirkung deutlich hervor: die unklaren, comatösen Pat. wurden nach Aspirin klar. Diese Wirkung auf das meningitische Coma beruht wohl auf einer Beeinflussung des intracraniellen Druckes, durch dessen Herabsetzung eine Rückkehr des Bewusstseins zustande kommt.

(Die Heilkunde, November 1904.)

Psoriasis. Einen Beitrag zur Behandlung der *P. vulgaris*

liefert Dr. H. Bayer. Er tadelt, dass bei der Behandlung der *P.* so wenig individualisirt wird. Es wird meist Arsen ordinirt ohne Rücksicht auf den Ernährungszustand der Pat. Autor hat verschiedene Fälle gesehen, wo *P.* erst nach übermässiger Ernährung zum Ausbruch kam, und da Arsen die Ueberernährung noch erhöht, so ist es falsch, in solchen Fällen Arsen anzuwenden. Bei gutgenährten Pat. ist Thyreoidin am Platze, vor allem aber Entziehung der Fleischnahrung, vorwiegend vegetarische Kost. Dass das letztere Moment eine sehr grosse Rolle spielt, hat Autor wiederholt beobachtet. Die günstige Wirkung des Thyreoidins beruht offenbar auch darauf, dass das Mittel zur Abmagerung führt. Letztere lässt sich aber viel einfacher erreichen durch *ausschliesslich vegetarische Diaet*. Autor hat viele Fälle auf diese Weise geheilt und führt aus der Reihe derselben einen Fall (13jähr. Knabe) an, wo ohne jedwede äussere Medication, lediglich bei strenger Einhaltung der Diaet, die hartnäckige *P.* sich fortschreitend besserte; erst zum Schluss wurde auch extern (10% ige Chrysarobinsalbe) behandelt, aus äusseren Gründen, welche die rasche Beendigung der Behandlung erheischten.

(Wiener klin. Wochenschrift 1094 No. 38.)

- Eine **Combination von Wilkinson'scher Salbe und Chrysarobin** empfiehlt Prof. Kromayer (Berlin) für hartnäckige Formen von *P.*, wo eine intensive Reduction von nöthen ist.

Rp. Chrysarobin.

Acid. salicyl. aa 15,0

Sulfur. praec.

Sap. virid.

Ol. Cadin. aa 20,0

Lanolin. 10,0

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1904 No. 47.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Die

Diagnose der Extrauterinschwangerschaft von Prof. Dr. Olshausen [Schluss]. Wie stellt man nun den *Sitz der Extrauterinschwangerschaft* fest? In den ersten 3 bis 4 Monaten handelt es sich nur um Tubengraviditäten. Es kann das Ei da entweder im grösseren, engen Theil der Tube inserirt sein (Graviditas isthmica) oder in der weiteren Ampulla (Graviditas ampullaris) oder in dem mediansten Theil der Tube, welche die Uterinwand durchbohrt (Graviditas tubo-uterina seu interstitialis). Die beiden ersteren Arten sind die gewöhnlichen. Die Diagnose, ob ampulläre oder isthmische Schwangerschaft, stützt sich wesentlich darauf, ob man zwischen dem Fruchtsack und dem Uterushorn noch ein längeres oder kürzeres Stück der Tube tasten kann. Ist der dünne Theil der Tube medianwärts der als Fruchtsack gedeuteten Geschwulst sehr kurz, so ist isthmische Schwangerschaft anzunehmen; sitzt der Tumor entfernt vom Uterus, so eine ampulläre. Es ist aber dabei zu bedenken, dass im dritten oder gar vierten Monat der Fruchtsack durch seine Vergrösserung an den Uterus hinanwächst. Nur für die ganz kleinen Tumoren von Kleinapfelgrösse ist also die Lage zum Uterus für den Sitz des Eies verwerthbar. Uebrigens kommt es bei isthmischer Schwangerschaft fast immer zu so frühzeitiger Berstung, dass eine erhebliche Grösse des Fruchtsacks gar nicht zustande kommt. Ausgenommen sind fast nur die Fälle, bei denen das Ei in das Ligam. latum hineinwächst. Im Allgemeinen ist es bei einem Umfang des Fruchtsacks über Faustgrösse immer wahrscheinlich, dass es sich um ampulläre Schwangerschaft handelt. Besondere Schwierigkeiten kann die Diagnose einer Graviditas tubo-uterina bereiten, aber nach einer anderen Richtung hin. Sie kann von einer gewöhnlichen Tubarschwangerschaft durch den Verlauf des Ligament. uteri rotundum, wenigstens am Präparat oder bei der Laparotomie, leicht unterschieden werden; denn bei isthmischer und ampullärer Schwangerschaft hat der Fruchtsack das Ligam. rot. an seiner Innenseite, bei Graviditas tubo-uterina an der vorderen Wand oder an der Aussenseite. Dieses Lagerungsverhältniss be-

steht aber in gleicher Weise bei der Schwangerschaft im Horn eines Uterus bicornis. Diese beiden Arten von Schwangerschaft — die im Horn eines Uterus bicornis und die Grav. tubo-uterina — sind deshalb leicht zu verwechseln. Bisweilen freilich kommt eine eigenthümliche Art der Verbindung zwischen den 2 Hörnern des Uterus der Diagnose zu Hülfe. Es kommt nämlich vor, dass das schwangere Ueberhorn eines Uterus bicornis mit dem gut entwickelten, nicht schwangeren Horn nur durch einen mehr oder weniger festen, musculösen Strang verbunden ist. Dann ist die Diagnose auf tubo-uterine Schwangerschaft abzuweisen und, wenn man an der Aussenseite des Fruchtsacks das Ovarium und die Tube deutlich erkennt, die Schwangerschaft im Nebenhorn sicher zu diagnosticiren. — Eine besonders schwierige Aufgabe der Diagnose ist gewöhnlich die *Feststellung, ob die Frucht noch lebt*, sich also noch weiter entwickeln kann, oder ob sie abgestorben ist. In Fällen, wo im ersten oder zweiten Monat eine profuse, das Leben bedrohende, innere Blutung eintrat, brauchen wir an dem Fruchttode niemals zu zweifeln. Wo aber der Anfang der Gravidität nach dem Eintritt der letzten Menstruation schon weiter zurückliegt und der zu constatirende Tumor schon faustgross oder grösser geworden ist, da ist die Entscheidung bezüglich des Lebens oder Todes der Frucht weit schwieriger und zugleich doch von grösster Wichtigkeit, denn davon hängt meistens die Entscheidung über die Indication der Operation ab. Ist das Ei noch nicht abgestorben, so ist die Operation um so nothwendiger und eiliger, je grösser das Ei schon geworden ist, denn um so profuser und lebensgefährlicher wird die Blutung bei eintretender Berstung. Ist die Frucht sicher abgestorben und die Kranke nicht etwa in momentan bedrohlichem Zustande, so ist eine Operation gewöhnlich unnöthig, weil man hoffen kann, dass nach dem Tode des Eies der Process abgelaufen ist und Blutungen von Erheblichkeit nicht mehr eintreten. Ausnahmen davon kommen freilich vor. Bei einem schon zu Apfelgrösse oder gar Faustgrösse angewachsenen Fruchtsack muss man ein noch erhaltenes Leben der Frucht annehmen, wenn der Fruchtsack eine kugelige, circumscriphte, prall cystische Geschwulst bildet. Wo sich dagegen derselbe unregelmässig und ungleich fest, zum Theil fast solide, anfühlt oder nicht gut abgrenzbar ist, da ist es wahrscheinlich, dass Blutung in die Tube stattgefunden hat, das Ei partiell gelöst und infolgedessen abgestorben ist. Zugleich wird man immer

die Grösse des Tumors im Verhältniss zur wahrscheinlichen Dauer der Schwangerschaft in Betracht ziehen. Oft findet man dann den Fruchtsack wesentlich kleiner als er dem Alter der Frucht nach sein müsste. Dann ist die Frucht als abgestorben anzunehmen. Aber nicht immer ist die Frage so leicht zu entscheiden. Nicht immer erfolgt das Absterben der Frucht durch eine einmalige innere Blutung und Bildung einer der üblichen Haematocele retro-uterina. Die Berstung der Tube ist in den seltensten Fällen eine ganz acute, dem Platzen eines Gummiballons vergleichbar. Das wachsende Ei zerstört vielmehr langsam die Tubenwand. Die dadurch und durch die Lösung des Eies von der Tubenwand eintretende innere Blutung erfolgt in mehreren Repriseen. Es ergiesst sich Blut in das Tubenlumen und um das Fimbrienende. — peritubares Haematom. Dadurch wird der Tumor grösser und erscheint vielleicht der Zeitdauer entsprechend gross, während das Ei längst abgestorben sein kann. In solchen Fällen, wo wiederholte innere Blutungen stattfinden, gelingt es manchmal selbst nach mehrwöchiger Beobachtung nicht, mit Sicherheit über das Leben der Frucht zu urtheilen. Man kann sich dann veranlassen sehen, zur Sicherheit der Pat. die Laparotomie zu machen und findet dann den Tumor im wesentlichen aus Blutgerinnseln bestehend, während das Ei längst abgestorben war. Einer kurzen Besprechung bedürfen noch die seltenen Fälle intraligamentärer Schwangerschaft. Während bei der Schwangerschaft im engeren Teil der Tube die Ausdehnung ihrer Wand und das Wachsthum des Eies meistens nach der oberen, der Peritonealhöhle zugekehrten Seite der Tube erfolgt, kommt ausnahmsweise der Fall vor, dass das Ei in die Blätter des Lig. latum hineinwächst. Die Lage des Fruchtsackes ist dann natürlich eine ganz andere, nämlich viel tiefer im Becken und rein seitlich zum Uterus. Die Berstung des Fruchtsackes erfolgt hier viel schwerer, weil das Lig. lat. ihm Schutz gewährt. In der frühen Zeit ist in diesen Fällen eine sichere Diagnose der Schwangerschaft überhaupt kaum möglich, ausser wenn, bei anderen Zeichen von Schwangerschaft — Amenorrhoe, Auflockerung des Uterus, livide Färbung des Introitus vaginae — die Beobachtung ein rasches Wachsthum der intraligamentären Geschwulst wahrnehmen lässt. Anders wird die Sache, wenn es zur Berstung des Fruchtsackes kommt und sich nun ein intraligamentäres Haematom entwickelt. Ein solches kann faustgross, aber auch erheblich grösser werden, so dass selbst Zeichen einer acuten Anaemie auftreten. Ver-

blutungsgefahr ist damit aber kaum je verbunden. Ganz anders nun als in den ersten Monaten gestaltet sich die Diagnose einer extrauterinen Schwangerschaft in der späteren Zeit. Es handelt sich, wenn die Schwangerschaft über den vierten Monat hinauskommt, fast immer um eine ampulläre Schwangerschaft, wobei der grösste Theil des Eies bereits nicht mehr in der Tube, sondern in der Peritonealhöhle sich befindet. Seltener besteht eine Graviditas interstitialis oder eine intraligamentäre Schwangerschaft. Auch bei diesen beiden letzten Arten kann es zum normalen Ende der Gravidität kommen, ohne dass die Frucht abstirbt. Im vierten bis sechsten Monat ist von der Frucht in der Regel noch nichts zu fühlen und die Diagnose kann sich deshalb nur stützen auf die nun schon längere Dauer der Amenorrhoe, auf den Nachweis einer cystischen Geschwulst von entsprechender Grösse, die sich vom Uterus isoliren lässt, aus den Veränderungen am Uterus, dem Auftreten von Milch in den Brüsten, zeitweise auftretenden Schmerzanfällen, welche mit Anreissungen des Fruchtsacks zusammenhängen können. In einzelnen Fällen kommt dann die Ausstossung einer Decidua der Diagnose zu Hülfe. Es kann auch der Abgang von Fruchtwasser durch die Tube und den Uterus auftreten und dann längere Zeit hindurch, täglich, und täglich zu wiederholten Malen, auftreten. Wenn im siebenten Monat die Frucht genügend entwickelt ist, können Kindestheile fühlbar und Herztöne hörbar werden. Die Diagnose der Schwangerschaft wird dadurch leichter und bald sicher. Es handelt sich dann aber darum, den extrauterinen Sitz des Fruchtsackes festzustellen. Der Nachweis des leeren oder wenig vergrösserten Uterus neben dem die Frucht enthaltenden Sack sichert die Diagnose; aber es ist nicht immer leicht, in dem schon ausgedehnten Leibe, bei gespannten Bauchdecken den Uterus nachzuweisen. Man muss hier alle Hülfsmittel der Palpation zu gebrauchen wissen, so die von B. S. Schultze empfohlene Methode, bei welcher ein Assistent, indem er mit beiden Händen den Tumor in die Höhe hebt, zugleich vom Nabel her die Bauchdecken nach dem Beckeneingang zu schiebt, während der Untersuchende die so erschlafften Bauchdecken über der Symph. o. p. tief eindrückt, um den Fundus uteri zu umgreifen. Liegt der Uterus nach hinten, so ist die Untersuchung per rectum ausschlaggebend, denn nur so kann man eventuell den Uterus abtasten und seine Grösse taxiren. Hierbei kann es von grossem Nutzen sein, die Portio vaginalis mit einer Kugelzange zu erfassen

und nach abwärts zu ziehen, um so den Uterus besser bis zum Fundus abtasten zu können. Ist bei vorgerückter Schwangerschaft die Frucht abgestorben, das Fruchtwasser zum Theil resorbirt, ist vielleicht die Menstruation wieder-gekehrt und einige Male in regelmässigem Intervall dagewesen, so kann die Diagnose schwieriger werden. Die Herztöne sind nicht mehr zu hören, die kleinen Kindes-theile, welche keinen Widerstand mehr leisten und an den Kindesrumpf angedrückt sind, sind schlechter fühlbar geworden. Hier ist dann die Anamnese von grösster Wichtigkeit: die frühere für eine Reihe von Monaten bestandene Amenorrhoe, die dann aufgetretenen Anfälle von Schmerzen, vielleicht eine wochenlange Blutung, Ausstossung von Decidua, die bis zu einem bestimmten Zeitpunkte von der Schwangeren wahrgenommenen Kindesbewegungen, Herztöne, welche von einem früheren Beobachter constatirt wurden, können doch in vielen Fällen die Diagnose mit Wahrscheinlichkeit oder selbst Sicherheit stellen lassen. Immerhin bleibt die Diagnose oft noch zweifelhaft, und der die seit lange abgestorbene Frucht enthaltende Sack kann für eine Neubildung — Ovarientumor oder Myom — gehalten werden. Die Diagnose von Myom kann besonders schwierig werden, wenn es sich um ein Lithopaedion handelt, oder nach gänzlichem Verschwinden des Fruchtwassers ein solches wenigstens in der Bildung begriffen ist. An dem oft fast steinharten mumificirten Kinde sind Gliedmaassen und irgend welche Körperconturen oft nicht mehr zu erkennen. — Um zusammenzufassen wäre zu sagen: In den ersten Monaten ist eine Tubenschwangerschaft gleich nach der erfolgten Berstung der Tube oder eingetretenem Tubar-abortion aus den Symptomen leicht zu diagnosticiren; vorher dagegen schwer mit Sicherheit erkennbar, weil manche Verwechslung möglich ist. Oft kann nur eine längere Beobachtung die Diagnose sichern. In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft wird die Diagnose um so sicherer, je grösser der Fötus schon geworden ist. Die Diagnose der Extrauterinschwangerschaft beruht dann grösstentheils auf dem Auffinden des neben der Frucht gelegenen Uterus, oft auch auf der besonderen Lage der Frucht, welche dem schwangeren Uterus nicht entsprechen kann. Die Diagnose des speciellen Sitzes der extrauterinen Frucht ist schwierig. Für die Diagnose der interstitiellen Schwangerschaft kommt wesentlich nur in Frage die differentielle Diagnose von Schwangerschaft im Nebenhorn eines Uterus bicornis. Das Leben des Eies festzustellen ist in den ersten Monaten

vor der Berstung schwierig und meist durch eine längere Beobachtung sicherzustellen. Nach Eintritt einer Haematocoele ist der Tod als sicher anzunehmen. In den letzten Monaten entscheidet die Auscultation. Vor allem ist daran festzuhalten, dass, wie überhaupt in der Schwangerschaftsdiagnose, so auch in der extrauterinen die Anamnese bezüglich der Menstruation ein ungemein wichtiges Moment bildet, dessen Nichtbeachtung schon unzählige Male zu falschen Diagnosen geführt hat. Vor allem thut dies die fast nie gerechtfertigte Ansicht der Aerzte, dass in der Schwangerschaft die Menstruation regelmässig fortbestehen kann. Das kommt so gut wie niemals vor und kann schon deshalb nicht vorkommen, weil die Cervixschleimhaut kein menstruales Blut liefert, die Corpusschleimhaut aber in die Decidua umgewandelt ist und eine halbwegs starke Blutung aus ihr zur Ausstossung des Eies führen würde. Eine einmalige, abgeschwächte Blutung kommt allerdings auch bei uteriner Schwangerschaft noch vor, wahrscheinlich aus dem untersten Abschnitt des Corpus uteri stammend, welches in dieser frühen Zeit noch nicht vom Ei occupirt wird. Dass nun bei extrauteriner Schwangerschaft eine Berstung des Fruchtsackes oder ein Tubenabort auch im ersten Monat schon erfolgen kann, oder selbst im zweiten, ohne dass die Menses ausgesetzt haben, wurde schon erwähnt. Bei jeder weitergehenden Schwangerschaft aber bleiben sicher die Menses aus. Nun wird man freilich, wenn die Schwangerschaft sich in der ersten Hälfte befindet, die Amenorrhoe nicht übersehen. Wo es sich aber um eine schon weiter entwickelte Frucht handelt, welche längst abgestorben ist und wo die Menses infolgedessen lange regelmässig wieder eingesetzt haben, da übersieht man leicht eine vor 1—2 Jahren dagewesene Amenorrhoe, die doch ein wichtiger Fingerzeig ist und um so sicherer auf dagewesene Schwangerschaft schliessen lässt, wenn sie ein halbes Jahr hindurch oder länger bestanden hat.

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1904 No. 18.)

— **Ein Vorschlag zur Behandlung der Eklampsie der Gebärenden und Wöchnerinnen auf Grund der Erfahrungen dänischer und deutscher Thierärzte** wird von Dr. A. Krüche (München) gemacht. In Dänemark hat in den letzten 7 Jahren die Behandlung einer entsprechenden Erkrankung der Kühe einen staunenswerthen Erfolg gehabt. Das „Kalbefieber“ hatte bis dahin eine recht üble Prognose. Da kam man auf den Gedanken,

einzig und allein das Euter als Angriffspunkt der Therapie ins Auge zu fassen, weil eine ungenügende Colostrumbildung im Euter an der Bildung resp. Nichtverhinderung der Bildung eines Toxins schuld an der Eklampsie sein könnte. Man führte einen Milchkatheter in eine Zitze des Euters, und infundirte durch denselben 1 Liter einer 1%igen Jodkalilösung, wobei immer ein Quantum Luft mit infundirt wurde. Das hatte Erfolg. Aber später zeigte es sich, dass schon blosser Lufteintreibungen genügte; das Kalbefieber zu parälysiren und die Kuh rasch wieder auf die Beine zu bringen. Auch deutsche Thierärzte hatten ausgezeichnete Erfolge mit dieser Therapie, die 85% Heilungen brachte. So erklärte Stabsveterinär Meyerwieser dem Autor, dass die früher in Oberbayern sehr häufige und meist tödtliche Erkrankung überhaupt nicht mehr tödtlich sei seit Einführung der Luftbehandlung, und dass meist mit einer Lufteintreibung, zuweilen mit einer Wiederholung derselben, die schwerkranken Thiere ausnahmslos rasch genesen. Es wird meist ein einfaches Gebläse benützt, nach Art eines Sprays mit Gummi-Druckballon, in dessen abführenden Schenkel eine Kapsel eingefügt ist, welche locker mit Bruns'scher Watte als Luftfilter gefüllt ist. Es liegt Krüche fern, über die Identität des Kalbefiebers mit der Eclampsia parturientium, über die Berechtigung der Annahme eines Toxins, über die vermuthliche Bildung desselben im Euter und über die Rolle, welche dabei die Lufteintreibung, sei es nun in ihrer Eigenschaft als Sauerstoffträger oder durch eine mechanische Wirkung zukommt, sich zu verbreiten. Aber jedenfalls sollte auch der Arzt diese verblüffenden Erfolge nicht unbeobachtet lassen. Zur praktischen Ausübung haben wir es allerdings nicht so bequem, wie die Thierärzte. In die Zitzen einer Kuh lässt sich ein Katheter leicht einführen, während die Ausführungsgänge der menschlichen Milchdrüse bedeutend enger und schwerer auffindbar sind. Indessen hat Autor doch bei einigen Frauen ohne erhebliche Schwierigkeiten ein feines Paukenröhrchen, wie es die Ohrenärzte zur Einführung in den Politzer'schen Katheter benützen, in die Mamma einführen können. Unter den verschiedenen Ausführungsgängen in den Buchten der Brustwarze, zumal bei Schwangeren, wird man mit der Lupe immer einen finden, der so ein feines Röhrchen einlässt. Man verbindet dann letzteres mit einem Gebläse oder auch einer Radfahrer-Luftpumpe, vermittelst eines Luftschlauches, der entweder eine Ausbuchtung behufs

Aufnahme von Filtrirwatte enthält, oder auch mit einer Spritzflasche, wie man sie im Laboratorium zum Auswaschen der Niederschläge auf Filtern benützt, wobei man statt des destillirten Wassers eine Kaliumpermanganatlösung in die Flasche geben kann. Event. kann man einen Spray derartig benützen, dass man das Ausflussrohr mit einem Schlauche, und diesen mit einem Paukenröhrchen verbindet, und in die Flasche statt Flüssigkeit Watte giebt. Jedenfalls ist die Idee, die Milchdrüse in Angriff zu nehmen, eine gesunde. Denn dass die Eklampsie gerade zur Zeit der Colostrumbildung eintritt, und dass im übrigen keine Verhältnisse vorliegen, welche das Ausbleiben der Eklampsie zu anderen Zeiten der Schwangerschaft erklären würden, ist ein Punkt, der zur Inangriffnahme der Milchdrüse geradezu herausfordert. Vergewärtigen wir uns, dass die Colostrumkügelchen amoeboide und sogar phagocytische Eigenschaften besitzen, so ist verständlich, warum ein Mangel derselben oder ein Mangel bestimmter Eigenschaften derselben zur Toxinbildung Veranlassung geben kann, und dass eine mechanische oder chronische Beeinflussung event. Abhülfe schafft. Wer weiss, ob nicht auch bei anderen Fällen von Eklampsie die Milchdrüse betheiligt ist und eine „innere Secretion“ daselbst eine Rolle spielt.

(Aerztl. Rundschau 1904 No. 40.)

Typhus. Ueber eitrige Adnexerkrankungen infolge von T.

abdominalis lässt sich Dr. Ed. Dirmoser (Maria-Theresien-Frauenhospital Wien) aus und beschreibt einen derartigen, operativ behandelten Fall bei einer Virgo intacta. Die 20jährige, bisher vollkommen gesunde Pat. hatte kaum ein halbes Jahr vor der Operation einen schweren T. überstanden und 5 Wochen vor der Operation die Erscheinungen einer Peritonitis, die sie seitdem nicht verliessen, gezeigt, weshalb von dem behandelnden Arzte die Diagnose auf Peritonealabscess und Entzündung der Adnexe ganz richtig gestellt wurde. Denn es fand sich neben dem rechtsseitigen frischen Pyovarium von Apfelgrösse linkerseits ein peritubarer Abscess mit Pyosalpinx. Aus dem Eiter wurden ausschliesslich Colonieen gezüchtet, die dem Typus der Typhus-Coli-gruppe entsprachen. Der Weg, den hier die Infection nahm, ist ohne Schwierigkeit durch Auswanderung des Typhusbacillus aus dem Dickdarm durch die Lymphbahnen in das umgebende Bindegewebe und mithin in die Tube resp. Ovarium vorgezeichnet, wobei man die haematogene

Infection als die weiterliegende zwar nicht zu leugnen, jedoch zur Erklärung nicht nothwendig braucht.

(Centralblatt f. Gynaekologie 1904 No. 40.)

- **Typhusreaction im Abscessinhalt und Blut nach 23 Jahren** beobachtete San.-R. Dr. Harbordt (Frankfurt a. M.). Der 61jährige Pat. machte im Jahre 1881 einen schweren T. mit Thrombosen und Infarcten durch; im Anschluss daran entwickelte sich in der Gegend der linken Seite unter dem Rippenknorpel ein Abscess, der incidirt wurde. Da es nicht zur Heilung kommen wollte, spaltete Autor im Frühjahr 1882 breit und exstirpirte vom 7. und 8. Rippenknorpel je ein 5 cm langes Stück. Als im Laufe der nächsten Jahre immer wieder Fistelbildung entstand, legte Küster (Marburg) im Mai 1893 durch einen grossen Lappenschnitt die unteren Rippenknorpel und das angrenzende Brustbein frei und entfernte mit Meissel und Scheere alles, was erkrankt schien. Erst im Herbst Heilung. Seit dieser Zeit alljährlich mehrmals grössere und kleinere Abscesse im Operationsgebiet. In der Regel mehrtägiges Unbehagen, sodann rasche Entwicklung einer fluctuirenden Stelle bald mehr nach aussen, bald mehr nach innen, nach Incision promptes Schwinden aller Beschwerden und Heilung. Im übrigen war Pat. gesund und ging seinem Geschäfte nach. Im September 1903 wurden Eiter und Blut im Seruminstitut untersucht. Es fanden sich Typhusbacillen und bei der Widal'schen Reaction agglutinierte das Serum des Pat. noch in einer Verdünnung von 1:5000 Typhusbacillen. Am 8. Juli 1904 musste Autor wieder einmal wegen eines bei vollkommenem Wohlbefinden sich überraschend schnell entwickelnden Abscesses im linken Epigastrium in der Mittellinie incidiren, und er gelangte mit dem eingeführten Finger unter den linken M. rectus. Im Eiter diesmal keine Typhusbacillen, dagegen reichlich Streptokokken und vereinzelt Staphylokokken. Gegenwärtig nur linsengrosse, wenig secernirende Fistel, 4 fingerbreit unterhalb der Brustwarze, bei recht gutem Allgemeinbefinden.

(Centralblatt f. Chirurgie 1904 No. 44.)

Vitia cordis. Zur Behandlung von Herzkrankheiten mit

Adonis vernalis, als Ersatz der sogen. chronischen Digitalistherapie führt Dr. Mutterer (Mülhausen i. E.) 2 Fälle (reine Mitralinsuffizienz und Mitralstenose mit Aorteninsuffizienz) an, wo ~~Adonis vernalis~~ sehr gut gewirkt hat, und gelangt zu folgendem Schluss: „Die Adonis

1.*

3. / 200.

vernalis wirkt ähnlich, wenn auch meist schwächer, wie die Digitalis; sie hat aber vor letzterer den Vortheil des Mangels unangenehmer Nebenwirkungen, speciell cumulativer Art. Sie eignet sich daher vornehmlich für einen lang anhaltenden regelmässigen Gebrauch, besonders wo man die Digitalis aus irgend einem Grunde nicht anzuwenden wünscht, sei es um eine Abstumpfung gegen dieselbe durch zu häufige Darreichung zu vermeiden, oder um der event. Gefahr des Eintretens von Cumulationsercheinungen vorzubeugen. Als Anwendungsform empfiehlt sich das Infus, das man gegebenenfalls durch die Kranken selbst bereiten lassen kann; dabei sind in der Regel kleinere Dosen (3—4 g auf 200 g, 2stündlich 1 Esslöffel) ausreichend.“

(Die Therapie der Gegenwart, October 1904.)

- Ueber **Diuretin und Harnstoff** theilt Dr. J. Zajaczkowski (Allgem. Krankenhaus Lemberg) mit, dass er bei incompen-
sирten Herzfehlern, sowie auch bei *Lebercirrhose* eine Combination beider Mittel mit recht gutem Erfolge angewandt hat. Er verordnete:

Rp. Diuretin.

Ureae pur. aa 0,5

D. tal. dos. No. 10.

S. 4-6-8 Pulver innerhalb 24 Stunden zu nehmen.

(Wiener med. Presse 1904 Nr. 44.)

- **Erfahrungen mit Digalen (Digitox. solubile Cloëtta)** veröffentlicht Dr. Walti (Oberschaffolsheim). Er wandte das Präparat bei drei Fällen an, und in allen zeigte es prompte Wirkung, die am 1. bis 3. Tage eintrat. Zwei Patienten erhielten 3 mal täglich 0,3 mg und vertrugen dies sehr gut, der dritte Patient erhielt subcutan 0,3 mg, wobei keine locale Reaction sich zeigte. Der Unterschied in der Wirkung zwischen dem alten und neuen Präparat war so eclatant, dass Autor von jetzt an nur noch Digalen anwenden will.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1904 No. 20.)

- **Theocin-Natrium aceticum, eine wesentliche Verbesserung des alten Theocins**, empfiehlt Dr. M. Hackl (Solln-München). Während er bei Theocin. pur. unliebsame Nebenerscheinungen (Uebelkeiten, Erbrechen) erlebte und deshalb auch von einer diuretischen Wirkung nichts zu constatiren war, erwies sich das Doppelsalz als gänzlich frei von unangenehmen Nebenwirkungen und als promptes Diureticum.

Es wird in Pulvern oder in Lösung gegeben zu 3mal täglich 0,3—0,5 (stets nach dem Essen!). Auch in Form von Suppositorien soll die Wirkung eine prompte sein. Originaltabletten à 0,25 und 0,1 sind im Handel.

(Die Therapie der Gegenwart, December 1904.)

- **Zur Lehre von der Morphinwirkung bei Herzkranken** beschreibt Prof. H. Rosin (Berlin) einen lehrreichen Fall. Der 51jährige Pat. mit *Herzmuskelinsuffizienz*, wahrscheinlich auf der Basis der fettigen Degeneration des Herzmuskels, befand sich im Stadium der äussersten Compensationsstörung. Alle üblichen Herzspecifics und Diuretica waren bereits gegeben worden, der Fall erschien aussichtslos. Da nahm Autor noch zum Morphin seine Zuflucht und gab täglich dreimal ein Pulver zu 0,01 g, zweimal im Laufe der Nacht. Binnen 24 Stunden wesentliche Besserung: bedeutende Verminderung des Hustenreizes und der Athemnoth, zum ersten Mal nach vielen Wochen mehrstündiger Schlaf. Am dritten Tage erhebliche Diurese, welche auch anhielt. Rasche Abnahme der Oedeme, Verschmälerung der Herzdämpfung. Die Herztöne wurden lauter, die Athemnoth hatte nachgelassen, Appetit stellte sich ein, — kurz erstaunliche Besserung. Von der zweiten Woche an weniger Morphin (nur zweimal am Tage und einmal vor dem Schlafengehen). Diurese blieb bestehen, Oedeme gingen vollständig zurück, die Herzdämpfung verkleinerte sich zusehends, Husten hatte völlig nachgelassen, Athemnoth war verschwunden. Nach vier Wochen bekam Pat. nur noch 0,01 g vor dem Schlafengehen und hatte meist sechsstündigen guten Schlaf. Appetit gut. Nach sechswöchentlicher Cur (ausschliesslich mit Morphin) Entlassung des Pat., der auch weiter ohne wesentliche Beschwerden blieb und seiner Beschäftigung als Grosskaufmann vollauf nachgehen konnte. — Der Fall lehrt wieder, dass dem Morphin im Sinne Rosenbach's ein positiver heilender Einfluss auf gewisse schwere Anomalieen der Herzfunction zuzusprechen ist. Hier hat es sich nicht bloss um Linderung subjectiver Beschwerden gehandelt, sondern um Beseitigung einer letal erscheinenden Herzincompensation, die bereits zu all den schlimmen Konsequenzen geführt hatte, welche zumeist erst ante exitum vollzählig sind. Ferner zeigte der Fall, dass durch Darreichung von mittleren Dosen Morphin eine Gefährdung des Herzens nicht verursacht wird. Wenn einzelne Fälle von Tod Herzkranker nach Gebrauch normaler Quanti-

täten von Morphinum beschrieben sind, so sind diese offenbar auf die schwere Grunderkrankung zurückzuführen. Zahllose Beobachtungen aus der Praxis stehen einem aetiologischen Zusammenhang zwischen Herztod und Morphinum entgegen und beweisen vielmehr, wie tolerant der Organismus, besonders aber auch derjenige der Herzkranken, dem Morphinum gegenüber ist. Nur toxische Gaben setzen den Blutdruck herab, mittlere haben keinen Einfluss auf Blutdruck und Gefäßsystem.

(Die Therapie der Gegenwart, December 1904.)

Vermischtes.

- **Ueber die Behandlung von Deformitäten mit Hilfe elastischer Heftpflasterverbände** verbreitet sich Dr. J. L. Beyer (Dresden). Derselbe benützt die Pflaster der Chem. Fabrik von Helfenberg, welche Durchnässungen aushalten, was bei kleinen Patienten wichtig ist. Am brauchbarsten erwies sich das Collemplastrum adhaesivum „mite“, auf Cretonne gestrichen, das ausreichend haltbar und widerstandsfähig ist, auch die Haut nicht reizt. Bei besonders zarter Haut oder schon bestehenden leichten Ekzemen wurde allerdings vorsichtshalber das Collemplastrum Zinci genommen. Zur Ausübung des elastischen Zuges bedient man sich eines 3—4 cm breiten Gummibandes, und zwar des besten mit Seide übersponnenen Paragummi. Je nach dem Zuge, der ausgeübt werden soll, lässt man zwei oder drei Stücke des Gummibandes übereinandernähen. Die Vereinigung mit dem Heftpflaster geschieht am besten nicht durch directes Vernähen. Es ist zweckmässiger, an den Heftpflasterstücken eine kräftige Schlinge (Ring) aus Stahldraht anzunähen und an den Enden des Gummibandes an entsprechenden Stellen ein Heftel (Haken) zu befestigen. Den elastischen Zug hängt Autor erst dann ein, wenn das Heftpflaster genügend festklebt. Anfangs ist es namentlich bei sehr starker Spannung rathsam, den Zug durch Aushängen des Gummibandes stundenweise zu entfernen. Die Heftpflasterstücke nimmt Autor möglichst gross, um ausgedehnte Haft-

flächen zu gewinnen, z. B. bei *Genu valgum* so gross, dass die Innenseite des Oberschenkels und Unterschenkels so ziemlich bedeckt wird und nur die Kniegelenksgegend frei bleibt, welche von dem angespannten Gummizug überbrückt wird. Beim Anlegen des Verbandes ist auch die Nachgiebigkeit der Haut in Berechnung zu ziehen, die namentlich bei Kindern ziemlich bedeutend ist. Man wird meist einen brauchbaren Zug erhalten, wenn man den Abstand der beiden am Heftpflaster befestigten Schlingen doppelt so gross macht, als die Länge des Gummibandes in nicht gedehntem Zustande beträgt. Bei dauernder Wirkung ist selbst ein schwacher elastischer Zug von grossem Einfluss; selbst Knochen werden umgeformt. Besonders nutzbringend war der Verband in folgenden Fällen:

a) bei *Genu valgum*. Es kommen vorwiegend die Fälle in Betracht, bei denen sich noch nicht hochgradige Knochenverbiegungen herausgebildet haben, sondern die Anfangsstadien, in denen oft eine grosse Schlaffheit der Gelenkbänder besteht zugleich mit der Neigung des Unterschenkels, sich im Winkel nach aussen zu stellen. Bei dem geschilderten Verbande ist die Bewegung der Muskeln und Gelenke in keiner Weise eingeschränkt, womit ein für die Kräftigung und Entwicklung des Bewegungsapparates wichtiger Factor zur Geltung kommt, auf den man bei andersartiger Behandlung verzichten muss;

b) bei *Genu varum*, wo die Bedingungen analog sind;

c) bei *Pes valgus* wird der eine Heftpflasterstreifen um den Fuss geschlungen, der andere an der Innenseite des Unterschenkels befestigt;

d) bei *Pes varo-equinus* sind die Verbände deshalb so brauchbar, weil man schon in den ersten Tagen nach der Geburt damit beginnen kann, ohne das Gesamtbefinden des Kindes zu beeinflussen (auch gebadet kann werden). Der Erfolg ist aber um diese Zeit ein besonders weitgehender, weil die Verknöcherung der Fusswurzel noch wenig vorgeschritten ist und die knorpligen Theile schon einem mässigen Zuge nachgeben. Der eine Heftpflasterstreifen ist an der Aussenseite des Unterschenkels anzubringen, der andere umfasst circulär die Metatarsalgegend des Fusses und wird unter der Sohle hinweg nach dem äusseren Fussrand geleitet.

(Therap. Monatshefte, October 1904.)

— **Ueber Jute-Flies-Verbände**, ein neues Verfahren der Wärme-application, äussert sich Dr. O. Langemak (Erfurt), nachdem sich ihm das Verfahren, welches es ermöglicht, lange Zeit eine gleichmässige Wärme anzuwenden und gleichzeitig ausgiebige Bewegungen der behandelten Gelenke auszuführen, bei einer grösseren Reihe von Kranken bestens bewährt hat. Nachdem die Haut des erkrankten Gelenks und seine Umgebung gut mit Vaseline oder einem anderen Fett eingerieben, wird rings um das Gelenk in dicker Schicht Fliese gewickelt, sodass eine 10—15 cm dicke Lage das Gelenk umgiebt. Darüber wird ein Leinwandtuch, welches mit körnerfreier gelber oder grüner Schmierseife in messerrückendicker Schicht gleichmässig bestrichen ist, rings herum gelegt, sodass alle oberflächlich liegenden Schichten des Jute-Flies mit der Seife in Berührung kommen; darüber wickelt man, um eine Verunreinigung des Bettzeuges oder der Kleidung zu vermeiden, eine Lage gelber, nicht entfetteter Watte. Eine breite Binde wickelt den Verband so locker, dass noch ausgiebige Bewegungen des Gelenks möglich sind, aber doch so fest, dass der Verband nicht abgleitet oder sich verschiebt. Es ist hierbei zu beachten, dass man beim Bestreichen des Leinwandstückes an drei Seiten einen freien ca. vier Querfinger breiten Rand lässt, damit man oberhalb und unterhalb der Jute-Fliessschicht die Leinwand der Extremität direct anlegen und damit einen guten Abschluss des Verbandes erzielen kann (im Allgemeinen genügt ein Tuch von 75 cm im Quadrat). Würde man die Seife direct auf die Haut bringen, so würde bei längerem Liegen des Verbandes leicht eine Entzündung der Haut resultiren. Als das geeignetste Material hat sich Jute-Flies bewährt (das Pfund kostet 15 Pfg.). Schon nach einigen Stunden haben die Pat. das Gefühl einer angenehmen Wärme, das allmählich an Intensität zunimmt und während der zweiten 24 Stunden am stärksten ist, wahrscheinlich deshalb, weil dann die Seife sich in Folge der Einwirkung der Körpertemperatur mit dem Jute-Flies verfilzt und eine für Luft und Wärme impermeable Schicht bildet. Am 3. und 4. Tage lässt die Temperatur wieder etwas nach. Nach dieser Zeit ist auch meist der Verband so locker geworden, dass man ihn abnehmen muss. Sauberer und einfacher ist das Verfahren noch, wenn man die mit Seife bestrichene Leinwand durch Billrothbattist ersetzt. Der Effect ist derselbe; der Verband aber einfacher, sauberer und nicht so voluminös (keine Watteschicht nöthig!). Das Stück Billrothbattist ist aller-

dings theurer als das Seifentuch und auch nicht immer zur Hand, dafür kann man aber das Jute-Flies, namentlich wenn man es an der Luft hat trocknen und ausdünsten lassen, häufiger bei demselben Pat. verwerthen, als es bei Seifenanwendung möglich ist, falls nicht eine zu starke Durchtränkung mit Schweiss stattgefunden hat. Durch diese Vereinfachung konnte Autor häufig den Verband am Abend anlegen oder anlegen lassen, er blieb dann nur die Nacht über liegen, wenn Pat. seinen Beruf nicht unterbrechen wollte. Bewährt haben sich die Verbände bei Gelenkrheumatismen, Gelenkcontracturen und Versteifungen, Arthritis deformans, Gonitis gonorrhoeica u. s. w. Wo sie angezeigt erschienen, wurden daneben noch Massage und active Bewegungsübungen (nie passive!) zu Hülfe genommen, sonst nichts.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 43.)

- **Ueber nervösen Halsschmerz** lässt sich Dr. G. Boenninghaus (Breslau) aus. Im Vordergrunde manches Pat. stehen Halsbeschwerden schmerzhaften Charakters, bald Brennen oder Wundsein, bald einfacher Druck. Die krankhafte Sensation ist oft permanent vorhanden, oft nur beim Speichelschlingen; bessere Zeiten wechseln mit schlechteren ab, aber selbst wenn die Beschwerden erträglicher sind, kommen doch die Pat. niemals ganz aus dem Krankheitsgefühl heraus, denn stets ist mindestens ein Unbehagen im Halse vorhanden. Das Leiden begann meist allmählich, indess war der Hals schon immer reizbar, zur Verschleimung und Heiserkeit geneigt. Es handelt sich meist um Pat. der mittleren und oberen Stände, im übrigen gesunde Leute, nur mehr oder minder nervös. Sie haben in der Regel schon eine Menge Aerzte aufgesucht, sind touchirt, gebrannt, gespritzt worden, haben Sanatorien, Curorte aufgesucht u. s. w. Der Erfolg blieb aus oder war nur ein temporärer. Im Gegensatz zu diesen Beschwerden ist der objective Befund ein äusserst geringfügiger: ein Rachen- und Kehlkopfkatarrh, chronisch, aber leichter Natur, wie ihn so viele Menschen haben. Autor fand nun in derartig unklaren Fällen durch systematische Palpation des äusseren Halses hier exquisite Druckpunkte vor, und zwar einen oberen, seitlich zwischen Zungenbein und Schildknorpel, und einen unteren, kurz über der Clavicula und dicht neben der Luftröhre. Der obere entspricht dem Durchtritte des Schleimhautastes des N. laryngeus superior durch die Membrana hyo-thyreoidea, der untere der Aus-

trittsstelle des N. laryngeus inferior s. recurrens aus der Brusthöhle zum Halse. Der untere ist der am häufigsten schmerzhafteste, namentlich der der rechten Seite. Manchmal findet man auch noch andere Schmerzpunkte am Kehlkopf, Trachea u. s. w., aber alle seltener und anders zu beurtheilen. Das stete Auftreten der Schmerzpunkte an den N. laryngei neben Katarrhen der oberen Luftwege lässt einen Zusammenhang beider mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen. Der Katarrh ist wohl das Primäre, und er führt gelegentlich secundär zu einer Erkrankung der Nerven wenigstens in ihren sensiblen Schleimhautfasern. Es handelt sich also gewissermaassen um eine *Neuritis laryngea*. Die *Diagnose* derselben ist an die Palpation geknüpft. Diese erfordert einige Uebung und eine leichte Hand, die Beurtheilung der Schmerzpunkte erheischt Vorsicht; denn wenn man den Hals einfach drückt, thut natürlich Alles weh. Nur wenn schonender, palpando ausgeübter Druck an den betreffenden Stellen entschieden schmerzhafter ist, als wo anders, darf man einen Druckpunkt annehmen. Die *Therapie* besteht in *Massage des äusseren Halses*. Gewöhnlich schon die erste Sitzung verschafft dem Pat. bedeutende Erleichterung; diese nimmt immer mehr zu, bis in kürzerer oder längerer Zeit Heilung erfolgt. Um bei der Massage die Halsmuskulatur genügend zu entspannen, wird das Kinn gesenkt. Nun stellt man sich hinter den Pat., umfasst den Hals so, dass der Daumen im Nacken eine Stütze findet und die übrigen Finger auf der vorderen Halsfläche liegen. Es werden nur Zeige- und Mittelfinger benützt, weil die beiden anderen zu kurz sind; denn es gilt, möglichst tief in der Rinne zwischen Kopfnicker und Luftröhre einzudringen und dann noch ein Stückchen weit zwischen Luftröhre und Wirbelsäule einzugehen, der Lage des Recurrens entsprechend links weiter als rechts. Dieses tiefe Eindringen gelingt auch nur, wenn man allein das Nagelglied benützt und von diesem auch nur die Daumen-seite, die nach Art eines Messers schneidend in die Tiefe einzudringen hat. Man vollführt lange *gleichmässige* Züge vom Schlüsselbein bis hinauf zum Zungenbein, um zum Schluss noch event. die ganze Vorderseite des Halses mit der rechten Hand zu walken, während die linke der rechten die Weichtheile soweit es geht entgegenschiebt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 46.)

- Als vorzügliche juckmildernde **Kühlsalbe** empfiehlt Prof. Kromayer (Berlin):

Rp. Acid. salicyl.
 Acid. carbolic.
 Naphthol. aa 0,5
 Lanolin.
 Vaseline. aa 30,0
 Aquae
 Acet. aa 15,0.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1904 No. 47.)

- **Therapeutische Notizen über Jodipin** bringt Stabsarzt Dr. A. Schönbaum (Josefstadt). Seine Beobachtungen beziehen sich auf 4 Kranke, von denen einer an *Spätlues*, der 2. an *Herzarrhythmie* infolge *Arthritis urica*, der 3. an *Asthma bronchiale*, der 4. an *Arteriosklerose des Gehirns* litt. In den letzten 3 Fällen wurde Jodipin intern gegeben (10%ig, 2 mal täglich 1 Kaffeelöffel), im 1. Falle subcutan (25%ig, 8 Tage hindurch täglich 1 mal 10 ccm in die Glutäalgegend). In allen Fällen wurde das Präparat sehr gut vertragen und wirkte äusserst befriedigend therapeutisch ein.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1904 No. 47.)

- Ueber seine **Erfahrungen mit Protynin** macht Dr. G. Bartsch (Leopoldau) Mittheilung. Er hat dies Präparat mit sehr zufriedenstellendem Erfolge angewandt und kommt zu folgendem Resumé: „Das Protynin ist ein phosphorhaltiges Nährsalz neurotonischer Natur, das völlig ungiftig, leicht verdaulich, gut resorbierbar und assimilierbar ist. Selbst bei längerer Anwendung habe ich in keinem Falle einen Widerwillen gegen das Präparat oder gar eine schädigende Wirkung desselben beobachten können. Protynin wird selbst von den empfindlichsten Pat. gerne genommen, Reizerscheinungen von Seiten des Magendarmtractus habe ich nie wahrgenommen; der Appetit wird stets gehoben, desgleichen erfolgt in den meisten Fällen eine recht nennenswerthe Zunahme des Körpergewichts. Protynin ist in allen jenen Fällen indicirt, wo es sich um Zufuhr von Phosphor handelt, wie: Anaemie, Hysterie, Neurasthenie, Scrophulose, bei verschiedenen Knochenerkrankungen (Rhachitis, Caries, Osteomalacie) und schliesslich bei Strumen und Basedow'scher Krankheit.

(Pharmakolog. und therap. Rundschau 1904 No. 4.)

- **Die Verwendung von Balsamum peruvianum bei der Wundbehandlung** empfiehlt Dr. Fr. Burger (Coburg) auf

Grund langjähriger Erfahrungen. Seit 12 Jahren behandelt er alle Riss-, Säge- oder Quetschwunden derart, dass er sie von den grössten sicht- und auswischbaren Verunreinigungen säubert, mit Sublimatlösung tüchtig durchspült, dann mit reinem Perubalsam beträufelt und mit von Perubalsam durchfeuchteter Gaze verbindet, diesen Verband je nach der Art der Verletzung jeden 2. oder 3. Tag wechselt, und immer mit prächtigem Erfolge und äusserst rascher Heilung, mochten die Wunden noch so sehr gequetscht, zerrissen und verunreinigt sein. Es bilden sich, wahrscheinlich unter dem Einfluss sich abspaltender Zimmtsäure, rasch üppige und straffe Granulationen, und es besteht so intensive Heilungstendenz, wie man sie sonst nie beobachtet. Der Verbandswechsel vollzieht sich ausserdem rasch und glatt. Auch bei schlaffen *Ulcera cruris* hat sich das Mittel gut bewährt.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 48.)

- **Ueber neuere Gesichtspunkte in der Dermato-Therapie** spricht sich Prof. O. Lassar (Berlin) aus. Zunächst äussert er sich über den gewöhnlichen *Naevus vascularis*. Gegen die flachen Angiome, die bislang zum grössten Theil und umsomehr, je umfangreicher, ungeheilt blieben, ist in der Finsen-Belichtung ein neues Hilfsmittel gefunden. Man gewöhnt die Kinder verhältnissmässig leicht an die unbequeme Lage, welche mit der Belichtung verbunden ist. Der Pat. muss nämlich eine Sitzung von jedesmal $\frac{3}{4}$ bis 1 Stunde hindurch in derselben Position verharren, während die Hand der Wärterin das Compressorium im Focus des Linsensystems fest andrückt. Sobald durch Licht- und Wärmeüberschuss die Exsudation eingeleitet ist, wird eine neue Stelle gewählt und das Verfahren fortgesetzt, bis infolge der activen Gewebereizung ein Schwund der überschüssigen Blutgefässe eingeleitet ist. Dies kann monatelang dauern, aber es führt zum Ziel und ohne nachtheilige Nebenwirkung. Die Haut zeigt nach Abschluss der Behandlung keinerlei erkennbare Veränderung. Vollständige Abwesenheit von Narben ist der Vorzug dieser Methode. Bei einer anderen Form der Gefässerweiterung, der *Acne rosacea* hat sich ein kleiner, vom Autor construirter Apparat (Reiniger, Gebbert & Schall) bewährt. Ein mit der allgemeinen Elektrizitätsquelle verbundener Elektromotor treibt einen Concussor. Dieser ist mit einem vertical arbeitenden Stempel versehen, an dessen centrifugalem Ende ein Bündel von etwa 40 feinen vergoldeten Platinspitzen befestigt ist.

Dieser Kolben kann mittels Schraubenschlüssels an- und abgeschraubt werden und ist vor und nach jeder Benützung im Reagensglase mit kochender Carbollösung zu desinficiren. Die Nase kann man mit Chloraethyl-Spray anaesthesiren, doch halten die Pat. die Prickelung auch ohnedem aus. Diese geht so rasch vor sich, dass die vorher gesäuberte Haut während weniger Minuten (mit Pausen) durch senkrechte Application des leichtfedernden Nadelbündels zu reichlicher Blutung gebracht wird. Diese steht ohne Weiteres auf Compression. Ausserdem erfolgt hernach Auftragen von Pasta salicylica oder Schälpaste (Pasta Naphtholi), die nach $\frac{1}{4}$ Stunde entfernt wird, worauf die Oberfläche mit Nosophen bepulvert wird. 6—8 Sitzungen (wöchentlich 1—2) genügen meist, um selbst kupferrothe und Purpur-Nasen ohne jede Spur oder Narbe, glatt und für immer normal zu machen. Beim *Herpes tonsurans* bilden die Herpes-Ringe und -Kreise die Vorstufe weiterer Localinfectionen; die Bakterien der Aussenwelt finden hier einen Nährboden. Deshalb bleibt ein Herpes tonsurans nie lange Zeit als solcher intact. Jede einzelne seiner Efflorescenzen wird von verschiedenen Kokken occupirt und in besondere Verfassung versetzt. Daraus erwächst die Aufgabe, zunächst die Strepto- und Staphylo-Bakterien fortzuschaffen. Dies gelingt am sichersten durch Schwefel, z. B.:

Rp. Acid. salicyl. 2,0
 Sulfur. sublim. 20,0
 Zinc. oxyd.
 Amyl. aa 14,0
 Vaseline. flav. americ. 50,0
 M. f. pasta.

Sobald die Hautstelle wieder gesundet ist, hört die Haftung der Paste wieder auf und das ganze Gemisch von Medicament, Exsudat, Borke, Epithel blättert reizlos ab. Die beim Rasiren direct in die drüsenreiche Region des Capillitium barbae, beim Frisiren ins Kopfhaar versetzten Sprosspilze sterben zum grossen Theil ab nach Anwendung der „rothen Zinnober-Schwefelsalbe“:

Rp. Hydrarg. sulfurat. rubr. 1,0
 Sulfur. sublim. 24,0
 Vaseline. flav. ad 100,0
 Adde Ol. Bergamott. gtt. XXX.

Bei stärkerer Infiltration wird ihre Anwendung combinirt mit:

Rp. β Naphthol. 10,0
 Sulfur. sublim. 40,0
 Vaseline. flav.
 Sapon. virid. aa 25,0
 S. Schälpaste.

Im ersten Augenblick tritt brennende Hyperaemie ein. Die Wallung klingt bald ab, und der bestrichene Hautbezirk schrumpft zu lamellöser Desquamation und zur Gesundung ein. Die Application dauere nur kurze Zwischenräume (20—60 Minuten), erst nach erfolgter Gewöhnung länger. In der Zwischenzeit Auftragen der Zinnobersalbe. Auch kann das Gesicht morgens abgeölt und abgewaschen und dann Tags über eingesalbt werden mit:

Rp. Resorcin. 10,0—20,0
 Lanolin. ad 100,0

Bei der *Impetigo contagiosa* sagt Autor:: „Jede Impetigo-Eruption weicht der rothen Salbe (s. oben), in dicker Lage auf die Krusten gestrichen, mit einer Bindentour umwickelt und dies nach inzwischen erfolgter Abwaschung einige Tage hindurch wiederholt. Dann tritt Abheilung ein. Die etwa noch zarte Blasenbasis schützt man mit Pasta salicylica oder Pasta Zinci oleosa (Zinc. oxyd. 60,0, Ol. Olivar. 40,0). Bei *Vaccina generalisata* ist die Rothlichtbehandlung zu empfehlen. Pat. wird in ein Zimmer gebracht, dessen Tageslicht durch dichte rothe Vorhänge abgeblendet ist; Nachts rothes Lampengas. Schon innerhalb der ersten 24 Stunden kritischer Rückgang, in wenigen Tagen vollständige Abheilung. *Favus* wird heute erfolgreich mit Röntgenstrahlen behandelt, ebenso *Lupus erythematodes*. Zwar fehlt es für letztere Affection nicht an wirksamen Methoden. Für schwere und ausgedehnte Fälle kommt die Heissluftversengung (Holländer) in Betracht. Sodann ist die von Payne bei gleichzeitiger Bepinselung mit Salicyl-Collodium systematisch durchgeführte Chinineur (0,5 dreimal täglich) zu rühmen. Ebenso die Holländer'sche Jodpinselung, gleichfalls mit Chiningebrauch combinirt. Manchmal versagen aber diese und andere Methoden, da tritt die Röntgenbehandlung in ihr Recht. Ohne Schmerz oder sonstige Belästigung wird 3mal in der Woche je eine Sitzung von 10—15 Minuten vorgenommen. Bei geringster Reaction bis zum gänzlichen Rücktritt derselben Pause. Es schwindet allmählich Fleck für Fleck, und es bleibt nichts zurück, als eine seichte Atrophie. Bei *Lupus tuberculosus* sind die Röntgenstrahlen nicht so wirksam, wohl aber wieder bei

der *Mycosis fungoides*. Hier sind auch 10%ige Pyrogallussalben wirksam, desgleichen innere Arsenbehandlung. Letztere ist auch imstande, flache *Hautkrebse* zum Verschwinden zu bringen. Röntgenstrahlen bringen solche Cancroide sehr bald weg und das Radium noch rascher.

(Medicinische Klinik, 20. Decemb. 1904.)

Bücherschau.

- **Praktische Anleitung zur Organisation von Fürsorgestellen für Lungenkranke**, von Stuertz (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien). Statt einer Kritik wollen wir das Vorwort zu dem Buche bringen, das Prof. Kraus geschrieben hat, und das wir durchaus unterschreiben können: „Herr Stabsarzt Dr. Stuertz, mehrjähriger Assistent der II. medic. Universitätsklinik, welcher in dieser Stellung durch seine Nebenthätigkeit bei der Fürsorgestelle des Volksheilstättenvereins vom Rothen Kreuz reichlich Gelegenheit gehabt hat, in allen einschlägigen Fragen der Lungenkrankenfürsorge eigene Erfahrungen zu sammeln, hat sich in dankenswerther Weise der Mühe unterzogen, auf Grund der vorhandenen Litteratur und der Ergebnisse der Tuberculosecongresse das gesammte auf die Organisation von Fürsorgestellen für Tuberculose und deren Familien im In- und Auslande sich beziehende Material einschliesslich der von ihm selbst durchgeführten Einrichtungen zusammenzustellen. Der Leser findet in dem Büchlein neben einer Uebersicht über alle für die Fürsorge in Betracht kommenden Tuberculose-Abwehrvorkehrungen eine Darstellung sämmtlicher bisher der Oeffentlichkeit zugänglich gemachter Fürsorgeorganisationen, wie sie von staatlichen Behörden, von Communen, Wohlthätigkeitsvereinen und von Arbeitgebern durchgeführt worden sind. Es werden mit gleicher Ausführlichkeit medicinische wie auch hierhergehörige wirthschaftliche Fragen in weitestem Sinne erörtert. Da die Fürsorge für tuberculöse Familien erfreulicher Weise auf Anregung der Reichs- und Staatsbehörden neuerdings über das ganze Deutschland sich zu verbreiten beginnt, darf der Verfasser nicht nur auf ärztliche Leser,

sondern auf viel grössere interessirte Kreise rechnen, insbesondere auf die Beamten der Provinzial- und Kreisbehörden, auf Communalbeamte und Stadtverordnete, auf die Armen- und Krankenpflegeorgane, die Vorstände der Schulen und Erziehungsanstalten, auf industrielle Arbeitgeber und auch auf die Vertreter der Wohlfahrtsvereine. Alles, was mit der Tuberculosefürsorge zusammenhängt, findet, wenn es auch noch theilweise im Flusse der Entwicklung sich befindet, gebührende Berücksichtigung, wie z. B. die Wohnungsfürsorge, die Anzeigepflicht bei Tuberculose u. s. w. Die Abhandlung schliesst mit einer Reihe von Leitsätzen, welche die speciellen Gesichtspunkte derartiger Organisationen, die heranzuziehenden Zahlungsfactoren, sowie mannigfache zum weiteren Ausbau der Fürsorge gemachten originellen Vorschläge umfassen. Es bleibt mir nur zu wünschen, dass das kleine Buch von Stuertz recht viel Anregungen in die Kreise aller jener tragen möge, welche in diesem wichtigen Zweige der Tuberculosebekämpfung zu einträchtigem Zusammenwirken berufen sind.

- Die **Pathologie und Therapie der Niereninsuffizienz bei Nephritiden** haben auf Grund eigener Untersuchungen Dr. G. Kövesi und Dr. W. Róth-Schulz in einer grösseren Monographie (Verlag von G. Thieme, Leipzig) bearbeitet. Das Thema ist wohl kaum je so eingehend und specialiter erörtert worden, als in diesem Buche, in welchem die Verfasser die Resultate ihrer fleissigen Arbeiten niedergelegt haben. Die Hälfte des Buches ist der Besprechung der klinischen Symptome und der Behandlung der Niereninsuffizienz gewidmet, welche Theile den Praktiker am meisten interessiren werden. Aber auch die mehr wissenschaftlichen Abschnitte des Werkes sind zum Verständnisse des Ganzen nöthig und sie sind im Grossen und Ganzen so klar abgefasst, dass sie sich angenehm lesen und unschwer verstehen lassen. Das Buch wird daher sicherlich dankbare Leser finden.

den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Februar

XIV. Jahrgang

1905.

Anaesthesie, Narkose. Ueber **Eusemin** macht Dr. P.

Cohn (Berlin) Mittheilung. Eusemin ist ein Adrenalin-Cocaingemisch, nach Angaben der Berliner Zahnärzte Rosenberg und Wohlaue hergestellt und seit einiger Zeit in der zahnärztlichen Praxis erprobt. Es besteht aus einer weniger als 1%igen Cocainlösung, Adrenalin von starker Verdünnung, als sonst üblich, Chloreton und physiologischer Kochsalzlösung. Es kommt sterilisirt in 3 ccm haltenden zugeschmolzenen Glasröhrchen in den Handel*). Die erwähnten Zahnärzte haben das Mittel in Form von Injectionen bis zu 3 ccm in ca. 1400 Fällen angewandt und vorzügliche Erfolge bei der Extraction von Zähnen und Wurzeln, selbst periostitischen, bei der Füllung von Zähnen u. s. w. erzielt. Die beabsichtigte Tiefenwirkung wurde durch leichte Massage des Zahnfleisches mit dem Finger unterstützt. Die Anaesthesie trat meist sofort, selten erst nach 5 Minuten ein. Cohn hat nun das Mittel in den letzten Monaten in einer grösseren Anzahl von Fällen in der Augenheilkunde (in der Poliklinik von Prof. Silex und in der eigenen Praxis) angewendet, und zwar bei kleineren chirurgischen Eingriffen an Lidern oder Conjunctiva, bei Entfernung von Lidrandcysten, Hauthörnern, Conjunctivalcysten, Lymphangiectasieen, Chalazien. Injicirt wurde nie mehr als $\frac{1}{2}$ Pravaz'sche Spritze; die

*) Dentaldepôt V. Pappenheim & Co., Berlin, Sadowastr. Preis jedes Röhrchens 50 Pfg.

Schmerzlosigkeit war fast immer eine vollständige. Besonders gute Dienste leistete Eusemin bei Exstirpation von Chalazien. Autor injicirte hierbei stets von der Conjunctiva des ektropionirten Lides aus, die Canüle langsam vorschiebend; die Blutung war stets gering, Nachblutung trat nie auf. Unangenehme Nebenwirkungen fehlten überhaupt. Eusemin wäre also hiernach als sehr brauchbares Mittel zur Erreichung einer Localanaesthetie auch am Auge zu betrachten.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 24. Nov. 1904.)

- **Ueber die Verwendung des Adrenalin-Cocain in der Geburtshilfe und Gynaekologie** giebt Dr. E. Wormser (Basel) seine Erfahrungen bekannt. Das Gemisch hat sich ja zur Localanaesthetie genügend bewährt. Seine Zubereitung begegnet aber Schwierigkeiten, weil einerseits Adrenalin nicht sehr haltbar, andererseits Cocain schwer zu sterilisiren ist. Deshalb hat der Baseler Apotheker Dr. Bloch die Mischung kunstgerecht hergestellt und in sterilem Zustand in zugeschmolzenen Glasphiolen in den Handel gebracht; durch ein besonderes Sterilisirverfahren ist es gelungen, die Lösung haltbar zu machen, weshalb die üblichen Zusätze zum Adrenalin, welche die Haltbarkeit erhöhen, aber etwas reizend auf die Gewebe einwirken, fortgelassen werden konnten. Bezüglich der Dosirung sind nach Braun auf 100 ccm einer 0,1%igen Cocainlösung 2—5 Tropfen der Lösung Adrenalin 1 : 1000 zu geben, was für die meisten Fälle genügt. Die Einspritzung machte Autor stets mit der Hackenbruch'schen Spritze, deren winklig angesetzte, mit Bajonettverschluss zuverlässig festsetzende Canüle die Arbeit in der Tiefe und an wenig zugänglichen Stellen sehr erleichtert. In der Geburtshilfe kommt nur die *Vereinigung von Dammrissen* in Betracht. Oft wird trotz grosser Dammrisse der Arzt gar nicht geholt, weil die Frauen die Schmerzen des Nähens fürchten. Diesem Uebelstande hilft die Localanaesthetie ab. Auch kann der Arzt unter dieser die Naht viel ruhiger und exacter ausführen, da die Frauen still liegen; ferner blutet die Wunde gar nicht, daher bleibt die Uebersicht eine vortreffliche. Autor verfügt über eine Anzahl von Fällen, bei denen er mit Adrenalin-Cocain sehr zufrieden war. Die Technik ist einfach. Man sticht an der einen Commissur dicht am Wundrand, aber innerhalb der Wunde, ca. $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ cm tief ein und erzeugt durch Aufpressen auf den Spritzenstempel eine Quaddel; nun wird die Nadel,

unter fortwährendem Ausspritzen von Flüssigkeit, an der Dammseite der Wunde nach hinten, resp. unten (Richtung gegen den Anus) geführt, bis die ganze Fläche infiltriert ist; dann wird die Nadel bis fast zur Spitze herausgezogen und nun in der Richtung des Scheidenwundrandes vorgeschoben, bis auch dieser vollkommen infiltriert ist. Nun wird die Spritze ganz herausgezogen und auf der anderen Seite in ähnlicher Weise wieder eingestochen. Dabei wie beim Verschieben der Nadel muss man darauf achten, der Wundfläche nicht zu nahe zu kommen, da sonst die injizierte Flüssigkeit hier einfach wieder abläuft. Ist die Injection richtig geschehen, so hört sofort die Blutung auf, die Naht kann beginnen. Die Heilung per primam war stets tadellos. In der Gynaekologie kann das Verfahren bei allen Scheiden- und Dammoperationen benützt werden, ausserdem bei allen chirurgischen Eingriffen an den äusseren Genitalien. So wandte sie Autor z. B. an bei der Spaltung eines derben Hymens, bei Exstirpation eines Atheroms und zweier Mollusca contagiosa.

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1904 Nr. 23.)

- Herr Dr. Ad. Rasp, Districtsarzt in Plan (Böhmen) schreibt uns: **Anaesthesin** (Dr. E. Ritsert, aus den Höchster Farbwerken, vorm. Meister, Lucius & Brüning, Höchst a. M.) wandte ich mit guten Erfolgen bei Caries der Zähne an, wenn Pat. operationsscheu war und zwar in frischer Lösung:

Rp. Anaesthesin. 1,0
Alcohol. absolut. 10,0
Menthol. 0,1
D. S. Zahntropfen.

Ein Wattebäuschchen mit der Flüssigkeit auf den cariösen Zahn gebracht, ruft anfangs jähen Schmerz hervor, nach einigen Augenblicken tritt die Wirkung ein, welche sich auch schon in der glücklichen Miene des Pat. äussert. Bei einigen sistirten die Schmerzen dauernd, was wohl auf die Veränderungen der Nervensubstanz durch den absoluten Alkohol zu beziehen wäre.

- Einen **Beitrag zur Frage der gemischten Hedonal-Chloroformnarkose** liefert E. D. Podhoretzki (Gebäranstalt in St. Petersburg). Er wandte diese Narkose in 50 Fällen an. Das Hedonal wurde zu 2 g den Frauen $\frac{1}{2}$ —1 Stunde vor der Operation in Oblaten gegeben. Die Pat. verfielen in einen soporösen Zustand und reagierten dann meist sehr

rasch auf die Narkose, im Durchschnitt in 4—5 Minuten bei der Tropfmethode. Die Chloroformmenge war auffallend gering, 1 mal trat schon nach 3 g Narkose ein. Das Excitationsstadium fehlte vollkommen oder war sehr schwach ausgesprochen. 46 mal handelte es sich um grosse Operationen mit Eröffnung der Bauchhöhle; im Durchschnitt betrug der Chloroformverbrauch pro Stunde etwa 24 g. Bei kurzdauernden Operationen, die einen sehr tiefen Schlaf nicht erheischen, sank die Menge bis 6 g (Curette-ment und Aetzung des Collum uteri: Dauer 14 Minuten). Autor kommt zu folgendem Resumé in Bezug auf seine Erfahrungen mit der Hedonal-Chloroformnarkose:

1. Der Schlaf tritt bei dieser Narkose rascher ein als bei Anwendung von Chloroform allein.
2. Die zur Herbeiführung der Narkose sowie zu ihrer Erhaltung erforderliche Chloroform-Quantität ist geringer.
3. Irgend eine unangenehme Wirkung auf Herz und Athmung wurde nicht beobachtet, wohl aber ein qualitativ besserer Puls constatirt als bei Anwendung von Chloroform allein.
4. Erbrechen wurde nach der Narkose bedeutend seltener als bei anderen Mitteln beobachtet.
5. 2,0 Hedonal (bei Frauen) genügen, um die vortheilhafte Wirkung zu voller Bedeutung kommen zu lassen.
6. Da das Hedonal schwerer resorbirt wird, empfiehlt es sich, das Mittel möglichst rechtzeitig, jedenfalls nicht weniger als eine Stunde vor Beginn der Chloroformirung zu geben.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 Nö. 50.)

Asthma. **Asthmacuren mit Geheimmitteln und Patentmedicinen.** Von Dr. G. Avellis. (Fortsetzung). Es giebt ferner

II. *Innerliche Asthmamedicinen:*

Hierzu gehören verschiedene Essenzen, Thees und Arzneien, die meistens nur dann eine nicht eingebil-dete Wirkung haben, wenn sie Jod enthalten. Eine sehr verbreitete Astmaarznei ist *Harald Hayes Asthma Cure*, bestehend aus mehreren Mitteln, deren wichtigstes eine Terpentinölemulsion ist (Flasche 12 Mk.), die als Expectorans wirkt und mit Jodkali versetzt ist. Auch Eisentropfen und Cinchoninkapseln gehören zu dieser „Cure“.

Essentia antasthmatica besteht aus:

Tinct. Lobel. 10,0
Tinct. Opii 1,0
Aq. Cinnamom. 20,0
Spirit. 19,0

Richter's *Asthmatropfen* aus:

Extr. Strammon. 0,1
Tinct. digit. 4,0
Aq. Valerian. 30,0

Ganz ähnlich sind die *Guttae antasthmaticae* Bamberger:

Tinct. Lobel.
Tinct. Digit.
Aq. laurocer. aa 10,0

Ebenso die *Guttae antasthmaticae* Oppolzer, während die *Mixtura antiasthmatica* Hooper fast nur Lobeliatinctur enthält.

Dann kommen Jodcompositionen:

Mixtura antasthmatica Green:

Kal. jod. 8,0
Dococt. herb. polyg. amar. 10,0 : 140,0
Tinct. Lobel.
Tinct. Opii. benz. 10,0

Die *Asthmamixtur* von Fothergill enthält:

Ammon. jod. 2,0
Ammon. brom. 3,0
Tinct. Lobel. 80,0
Syr. bals. tolut. 48,0

Manche „Asthmapillen“ sind nur vergoldete Ammoniakpillen und dienen als Expectorans, andere, wie die *Mixtura antasthmat. Brunner* ähneln der officinellen *Mixtura solvens*, während die *Pillul. antasthmat.* Quarin enthalten:

Ammoniac. 10,0
Sulfur. dep. 5,0
Opii pulv. 0,25

Also schleimlösende Mittel, wie Jod, Ammoniak, Schwefel, auch etwas Lobelia und Opium sind die simplen Bestandtheile dieser so reclamehaft in die Welt gesetzten Mittel. Die suggestive Einhüllung ist bei diesem nervösen Leiden natürlich für den Erfolg von Wichtigkeit.

(Schluss folgt.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 43.)

Augenentzündungen. Ueber Aristolöl in der Augen-

heilkunde lässt sich Dr. F. Daxenberger (Regensburg) aus. Nachdem Autor durch zweijährige Versuche sich davon überzeugt hatte, dass Oeleinträufelungen an und für sich im Auge besonders bei Reizzuständen vielfach angenehmer empfunden werden als Wassereinträufelungen, und dass sich Aristol vorzüglich für die Combination mit Oel eignet, liess er durch die Farbenfabriken vorm. F. Bayer in Elberfeld eine 10%ige Lösung von Aristol in Sesamöl herstellen, welche durch eigenes Verfahren sterilisirt wird und sich Jahre lang steril halten kann. Autor benützte dies Aristolöl mit Erfolg bei folgenden Zuständen:

1. Bei fast allen entzündlichen Lidaffectionen, so bei den verschiedensten Blepharitiden nach Entfernung der kranken Cilien, nach Reinigung von Schuppen und Krusten (am besten mit H_2O_2), ferner bei Verbrennungen der Lider und Bindehaut, speciell auch nach Anwendung des Thermo- und Galvanokauters zur Stillung der Schmerzen. Es genügt hier das blosse Einstreichen des Oels mittelst Gaze oder Watte zwischen die Lider (zweimal täglich), event. das Liegenlassen von ölgetränkten Lämpchen ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde) auf den Lidern.

2. Bei gleichzeitig stärkerer Betheiligung der Bindehaut und Hornhaut oder bei alleiniger Affection letzterer, sind zweckmässiger Instillationen des Oels. Solche bewährten sich besonders bei der serophulösen Ophthalmie, namentlich bei der Conjunctivitis und Keratitis phlyctenulosa, und zwar gerade in den frühesten Stadien, wo die Reizmittel gewöhnlich schlecht vertragen werden. Hier kommt wohl der Jodgehalt des Aristols in Frage. Man träufelt ein- bis zweimal täglich 2—5 Tropfen ein in den Binde sack und verreibt sie leicht mit Wattebäuschchen. Dies wirkt entzündungswidrig, schmerz- und krampfstillend, der Blepharospasmus bessert sich und verschwindet rasch. Solche Fälle heilen nicht selten bei täglicher, wochenlang durchgeführter Einträufelung und entsprechendem diätetischem Regime. Vortheilhaft wirken dazwischen noch zimmer-temperirte Borwasserumschläge, gegebenenfalls auch ein Mydriaticum. In allen Fällen ist das Aristolöl ein gutes Adjuvans, Cocain wird erübrigt. Begleitende Ekzeme des Gesichts oder behaarten Kopfes kann man gleichzeitig durch Auflegen von Aristollappen behandeln.

3. Bei Epithel-Erosionen und oberflächlichen Hornhautgeschwüren traumatischer Natur konnte Autor in

einigen Fällen nach Aristoleinträufelung und Schlussverband rasches Nachlassen des Schmerzes und relativ rasche Epitheliasirung der Hornhaut constatiren.

4. Bei Kalkverätzungen des Auges wirken Aristolöl-instillationen sehr schmerzlindernd und verhüten Complicationen.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges 1904 No. 10.)

- Bei der **Behandlung scrophulöser Keratitis** hat Dr. M. Eliasberg (Riga-Wiesbaden) in den letzten Jahren mit grossem Vorthail besonders in schweren Fällen folgende Salbe ordinirt:

Rp. Hydr. oxyd. via h. par.
Cocain, nitr.
Atropin. sulf. aa 0,06
Arg. nitr. 0,03
Vasel. alb. americ. 6,0
D. in vitr. nigr.

Sobald Besserung eintritt, kann Atropin fortgelassen oder die Quantität verringert werden. Die Ordination hat sich auch bei Pannus trachomatosus und Keratitis parenchymatosa im Rückbildungsstadium bewährt. Zur Aufhellung von Hornhautflecken bei reizlosem Auge, bei Blepharitis ekzematosa und ulcerosa ist empfehlenswerth:

Rp. Hydr. oxyd. via h. parat. 0,06
Arg. nitr. 0,03
Vaselin. alb. amer. 6,0

(Klin. Monatsbl. f. Augenhkd. Novemb. 1904.)

Blutungen. Auf Gefahren der Schultze'schen Schwingungen

macht Dr. Ant. Hengge (Greifswalder Univers.-Frauenklinik) aufmerksam. Er fand bei der Obduction von Leichen Neugeborener, die zum Zweck der Wiederbelebung mit Erfolg geschwungen worden waren, einige Stunden später aber doch gestorben waren, wiederholt subseröse und infra-parenchymatöse B. (Pericard, Pleura, Leber, Nebennieren etc.) und glaubt, diese auf die Schwingungen zurückführen zu müssen. Es können letztere also schwere Schädigungen zur Folge haben und sollten, wenn irgend möglich, durch andere Wiederbelebungsversuche ersetzt werden. Wendet man sie aber an, so sollte man durchaus rite und mit grosser Vorsicht manipuliren, besonders stärkere Abkühlung des Kindes vermeiden.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 48.)

- Ueber **erste Hülfe bei B. aus dem Respirations- und Verdauungstractus** lässt sich Prof. Dr. Senator (Berlin) aus und giebt speciell diejenigen Maassnahmen an, die empfehlenswerth und zuverlässig sind. Gilt es, die sinkende Herzthätigkeit zu heben, so wirkt ganz gut die *Esmarch'sche* Einwicklung der Glieder von der Peripherie nach dem Centrum hin; man kann auf diese Weise aus der Peripherie dem Inneren des Körpers recht ansehnliche Mengen Blut zuführen. Noch wirksamer ist die Kochsalzinfusion, namentlich wenn man als starkes Erregungsmittel für das Herz Natriumsaccharatlösung hinzusetzt (einer 6 pro mille enthaltenden Kochsalzlösung setzt man Natriumsaccharatlösung von 2—3—5 pro mille zu); die Infusion kann subcutan oder (bequemer) per rectum erfolgen. Ausser den bekannten herztönsirenden und excitirenden Mitteln kann man ferner als sehr gutes Mittel zur Belebung des sinkenden Herzschlages spirituöse Flüssigkeiten in den Darm einführen, natürlich sehr verdünnt: Branntwein zu einem Theil mit 3—4 Theilen warmen dünnen Haferschleims oder erwärmten Rothwein, verdünnt mit 2—3 Theilen Wasser, Haferschleim u. dgl. Was nun die Stillung der B. selbst anbetrifft, und zwar zunächst der B. des Respirationstractus, so ist vor Allem eine Eisblase auf die Brust zu legen. Zu versuchen ist auch das Binden oder Abschnüren der Glieder, durch das man eine Menge Blut in den peripheren Theilen zurückhalten kann; man wird also auch einen Gummischlauch, eine elastische Binde, oder was sonst zur Hand ist, Beine oder Arme oder selbst alle vier Extremitäten möglichst hoch abschnüren, natürlich ohne den arteriellen Blutstrom zu unterdrücken. Von internen Mitteln ist am zuverlässigsten Gelatine, per os oder per rectum gegeben, und zwar in einer Abkochung von 10—15—20 : 200,0 (für die Darreichung per os mit Zusatz von 20 oder 30 g Elaeosacch. Citri oder Himbeersaft), 2—3 stündlich ein Esslöffel, resp. per rectum von einer Abkochung von 10—20—50 g : 200—300 g (natürlich ohne Corridentia) erwärmt ein- oder zweimal am Tage etwa die Hälfte. Gerinnungsfähiger machen das Blut auch Kalkpräparate, Calcium chlorat., entweder innerlich zu 0,3—0,5 mehrmals täglich in Pulvern oder auch per rectum (von einer 10%igen Lösung etwa 50 g erwärmt). Noch wirksamer ist Stagnin, ein Milzpräparat, braune Flüssigkeit, die zu 1—2 ccm in die Glutäen injicirt wird. Physische, wie psychische Ruhe ist natürlich erforderlich. In dieser Beziehung wirkt oft eine Morphiumeinspritzung

sehr günstig, indem sie den Hustenreiz und die Schmerzen mildert, Ruhe und Schlaf bringt. Wegen der stark aufgeregten Herzthätigkeit ist nicht selten Digitalis am Platze. Von anderen Mitteln hat Autor in neuerer Zeit am liebsten Adrenalin oder Suprarenin brauchen lassen (von einer 1%igen Lösung dreistündlich 15—20 Tropfen. Bei Magenblutungen können die gleichen Maassnahmen in Betracht, nur kann man hier auch vom Bismuth. subnitr. in grösseren Dosen Gebrauch machen.

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1904 No. 24.)

- **Epirenan, ein Ersatz für Adrenalin** empfiehlt Dr. K. M. Menzel, nachdem er es im Ambulatorium für Hals- und Nasenranke des Docenten Dr. M. Hajek (Wien) erprobt hat an den Schleimhäuten der oberen Luftwege, namentlich an der Nase. Betupft man mittels eines mit Epirenanlösung getränkten Wattepinsels die Schleimhaut der Nase an einer umschriebenen Stelle, so entsteht hier nach etwa 30 Sekunden ein ganz anaemischer Fleck, der 20—30 Minuten bestehen bleibt. Bestreicht man die Convexität einer congestionirten Nasenmuschel, so entsteht hier nach 30 bis 40 Sekunden eine beträchtliche Gefässcontraction, welche sich im Blasswerden der Schleimhaut und in völliger Schrumpfung des Schwellkörpers äussert; macht man in eine derart anaemisirte Muschel einen Schnitt, so erfolgt nur minimale Blutung. Diese Versuche zeigen auch die praktische Verwerthbarkeit des Epirenan an, sowohl zu therapeutischen Zwecken (Operationen an der Nase etc.), als auch zu diagnostischen (um die tieferen Theile des Naseninneren überblicken zu können). Epirenan bewährte sich hier sowohl, als auch als ein B. verhinderndes (vor der Operation) und als blutstillendes Mittel (nach der Operation). Es wurde hier mittels Wattepinsels in die Nasenschleimhaut eingerieben oder, wenn gleichzeitig anaesthesirend eingewirkt werden sollte, zu gleichen Theilen mit 10—20 procentiger Cocainlösung gemischt oder, indem für intramucöse Injectionen 3—4 Tropfen auf etwa 15 ccm der Schleich'schen Lösung zugesetzt wurden. Intoxicationen oder unangenehme Nebenerscheinungen höheren Grades kamen nie vor. Zweimal wurde auch die blutstillende Wirkung des Epirenans bei B. nach der Tonsillektomie erprobt; durch Epirenan-Wattepinsel wurden zunächst die B. auf ein Minimum beschränkt und dann durch Galvano-kaustik gänzlich gestillt. Auch bei „vasomotorischer Rhinitis“ wirkten Pinselungen der Schleimhaut günstig ein.

(Centralblatt für die gesammte Therapie, December 1904.)

Diabetes. Ein Fall von mit doppelt-kohlensaurem Natron behandeltem Coma diabeticum wird von Dr. K. Elsner (Brooklyn) geschildert. 52jährige Dame, zur Zeit nur wegen hartnäckiger Ischias in Behandlung, war Diabetikerin. hat aber seit zwei Monaten keine Spur von Zucker mehr gezeigt. Auch jetzt ist der Harn frei von Eiweiss und Zucker. Pat. schläft seit einiger Zeit schlecht und hat viel Durst, zeigt ein eigenthümlich~aufgeregtes Wesen, kleinen, frequenten Puls bei normaler Temperatur, hat in den letzten Tagen Hallucinationen gehabt. Obgleich Urin frei von Eiweiss, Zucker, Aceton, doch prophylaktisch Ordination von 1 Theelöffel Natr. bicarb. jede Stunde. Die Erscheinungen machen sich trotz regelmässiger Darreichung immer deutlicher geltend, 60 Stunden nach Beginn der Ordination maniakalischer Anfall, darnach charakteristisches Coma und 40 Stunden später in demselben Exitus letalis. Es handelte sich hier anscheinend um einen recht leichten Fall von D., da Pat. schon 52 Jahre alt war, seit längerer Zeit Zucker sich nicht gezeigt hatte. Unter solchen Umständen hätte doch Natr. bicarbonic., wenn es wirklich ein Mittel gegen Coma wäre, dieses verhüten müssen; trotzdem wurde Pat., nachdem sie 60 Stunden das Mittel in grossen Dosen genommen, comatös. Die berichteten Erfolge können ja Scheinerfolge gewesen sein. Ein erster Anfall von Coma diabeticum führt nicht immer zum Tode. Autor erinnert sich eines Falles, wo ein jugendlicher Diabetiker plötzlich in Coma verfiel und nach einer Magenspülung sich wieder erholte, einige Monate später aber einem zweiten Anfall trotz wieder gemachter Magenspülung erlag. Das zeigt, wie vorsichtig man damit sein muss, einen Fall von Coma diabeticum als durch ein Mittel geheilt zu bezeichnen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 51.)

- **Einen Beitrag zur Complication des Diabetes mit Gravidität** liefert Prof. L. Kleinwächter. Er schildert den Fall einer 22jährigen Frau, die während der Geburt Coma diabeticum bekam, in dem sie bald darauf starb. Unter den bisher bekannten, sicher constatirten 30 Fällen gleichzeitiger Gegenwart von Schwangerschaft und Diabetes finden sich 8, in denen Coma eintrat. Die Gefahr, von Coma befallen zu werden, ist daher eine hohe. Das Coma kann in der Gravidität ausbrechen, intra partum oder im Verlaufe des Puerperiums. Von den 8 Comatösen wurden nur 2 gerettet. In Anbetracht dessen, dass Diabetische

concupiren können und durch die Conception resp. die Gravidität die Prognose des Leidens noch mehr getrübt wird, empfiehlt es sich selbstverständlich, mit diesem Leiden behaftete Mädchen vor dem Eintritt in die Ehe zu warnen.

(Wiener med. Presse 1904 Nr. 51.)

Diphtherie. Die Behandlung der D. mit Myrrhentinctur

empfiehlt von Neuem Dr. Ströll (München). Derselbe hat schon 1897 über diese Methode und deren Erfolge (80 Fälle mit nur 1 Todesfall) berichtet. Er gab damals 2%ige Lösung, bei der aber manche Nachkrankheiten der D. sich zeigten. Solche blieben seit 1897 fast immer aus, wo er anfang, 4%ige Lösung zu verordnen (60 Fälle mit 2 Todesfällen).

Rp. Tinct. myrrh.
Glycerin aa 8,0
Aq. dest. ad 200,0

Davon lässt er Tag und Nacht eingeben, bei Tage 1 stündlich (in schweren Fällen $\frac{1}{2}$ stündlich), bei Nacht 2 stündlich (in schweren Fällen 1 stündlich) bei Kindern in den ersten zwei Jahren 1 Kaffeelöffel (5,0), dann bis zum 16. Jahre 1 Kinderlöffel (10,0), von da ab 1 Esslöffel (15,0). Bei Eintritt deutlicher Besserung grössere Pausen. Local unterstützende Behandlung: Inhalationen von 0,1%iger Thymollösung 1 stündlich am Tage, bei Kehlkopfdiphtherie auch Nachts.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1904 No. 46.)

- **Collargolpinselungen bei Angina und D.** empfiehlt Dr. K. Justi (Hongkong). Er pinselte 3 Mal täglich mit 5%iger wässriger Collargollösung und sah die Membranen sehr rasch verschwinden (manchmal schon nach einmaliger Pinselung) und nicht wiederkehren.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 49.)

- **Ueber postdiphtheritische Nephritis** theilt Dr. Arth. Meyer (Freiburg i. B., Hilda-Kinderhospital) einen Fall mit, wo die Nephritis als *echte Nachkrankheit* auftrat, ein recht seltenes Ereigniss. Es handelte sich um ein 6jähriges Kind mit leichten diphtheritischen Erscheinungen. Der Urin wurde täglich untersucht, war aber immer frei von geformten Bestandtheilen und von Eiweiss. Erst am 13. Tage, nachdem das Kind völlig hergestellt war und das Bett bereits verlassen hatte, setzte eine acute Nephritis ein. Diese auf Rechnung der Seruminjection zu setzen,

geht kaum an, da eine so späte Reizwirkung nicht wahrscheinlich ist. Die Nephritis war zweifellos als Spätfolge des diphtheritischen Processes anzusehen. Solche Fälle kommen vielleicht öfter vor, werden aber nicht erkannt, weil im Allgemeinen wohl, wenn die D. abgelaufen ist, Harnuntersuchungen nicht mehr vorgenommen werden. Wie dieser Fall lehrt, ist dies nicht richtig, es sind vielmehr auch noch längere Zeit nach dem Verschwinden der diphtheritischen Krankheitserscheinungen Harnuntersuchungen zu machen. (Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 46.)

Fremdkörper. Ein neues Instrument zur Entfernung

— **von F. aus der Nase** giebt Dr. E. Braun (Hollenstedt) an. Es handelt sich meist um rundliche Körper (Erbsen, Bohnen, Kerne, Steinchen und dgl.), bei deren Entfernung die Situation der künstlichen Entfernung des kindlichen Kopfes in partu entspricht: Herausbeförderung eines runden Körpers aus einem weichen und relativ engen Canal. Autor construirte also *ein der Geburtszange analoges Instrument*.*) Die Einführung des zuerst einzulegenden linken Löffels geschieht von oben her mit Drehung nach vorn und unten. Sobald dieser Löffel liegt, ist ein Zurückweichen des F. nach hinten unmöglich. Es gelingt sogar oft, den F. schon mit diesem Löffel allein herauszuhebeln. Ist der F. aber zu fest eingeklammert, dann führt man auch den rechten Löffel ein, die Zange wird geschlossen und der F. extrahirt (von Oel kann man ausgiebigen Gebrauch machen). Die Zange hat sich in der Praxis bestens bewährt.

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1904 No. 22.)

— **Zur Behandlung grosser spitzer Fremdkörper im Halstheile der Speiseröhre** zeigt Dr. W. Kramer (Glogau), wie man sich die Spaltung des freigelegten Oesophagus event. noch im letzten Augenblicke ersparen kann, an zwei Beobachtungen. Oesophagoskopie treibt nicht jeder Arzt, Extractionsversuche vom Mund aus haben so oft keinen Erfolg, da bleibt nur die Freilegung der Speiseröhre am Halse und ihre Eröffnung übrig. Im *ersten Falle* hatte ein Mann vor einigen Stunden sein aus 3 oberen Schneidezähnen mit grosser Platte bestehendes künstliches Gebiss verschluckt. Extractionsversuche missglückten, auch der Münzenfänger versagte. Autor legte nun die Speiseröhre von der linken Halsseite aus mittels eines 9 cm langen

*) Actiengesellschaft für Feinmechanik in Tuttlingen.

Schnittes frei und vermochte jetzt das eine spitze Ende des querstehenden Gebisses durch die Oesophaguswand hindurch deutlich zu tasten. Bevor er an die Spaltung der letzteren heranging, machte er zunächst einen Versuch, den F. aus seiner Verhakung in der Schleimhaut zu befreien, um ihn nachher leichter herausziehen zu können. Während er den Kopf des Pat. etwas nach vorn beugen und den Larynx nach vorn abziehen liess, suchte er, von der Wunde aus mit zwei Fingern der rechten Hand, mit der linken von der rechten Halsseite aus entgegendrückend, den F. in eine schräge Stellung zu verschieben. Nach längerem Bemühen gelang dies; in demselben Augenblicke, in dem er beweglich geworden, erfolgte plötzlich eine Brechbewegung des Pat. und durch diese ein Hineinwürgen des Gebisses nach oben in den Rachen, aus dem es mit einer Zange leicht entfernt werden konnte. Im *zweiten Falle* hatte ein Mann einen $4\frac{1}{2}$ cm langen, spitzen Geflügelknochen verschluckt, der in der Speiseröhre stecken blieb und heftige Beschwerden verursachte. Auch hier war die Entfernung vom Munde her nicht geglückt, und liess sich der in querer Lage hinter dem unteren Theile des Kehlkopfes in der Speiseröhre fest eingekeilte F. erst nach Freilegung des Oesophagus von der linken Halsseite aus deutlich fühlen und durch dieselben Manipulationen, wie bei Fall 1, aus seiner Verhakung befreien. Da eine Brechbewegung hier aber nicht zu Hülfe kam, führte Autor durch die Mundhöhle eine lange, stark gebogene Zange in die Speiseröhre ein und entfernte mit dieser den Knochen leicht.

(Centralblatt f. Chirurgie 1904 No. 50.)

Gonorrhoe. Ueber den Werth der Abortivbehandlung der

acuten G. lässt sich Dr. R. Lucke (Magdeburg) aus. Er empfiehlt dazu 20%ige wässrige *Protargollösung* oder noch besser 15%ige *Novarganlösung* (ein 10% Arg. enthaltendes Präparat der Fabrik v. Heyden, Radebeul) mittels Instillation (Guyon) applicirt. Man benütze einen Instillationskatheter 13 Filière Charrière, etwa 23 cm lang, und vertheile die Flüssigkeit von hinten nach vorn in Menge von $\frac{1}{2}$ ccm über die vordere Harnröhre. Bis zu welchem Zeitpunkt, von der Infection an gerechnet, bietet nun das Verfahren Aussicht auf Erfolg? Im Durchschnitt ist der sechste Tag nach der Infection der späteste, an dem die Behandlung noch begonnen werden kann, jedoch müssen im einzelnen Fall noch andere Umstände berücksichtigt werden; Fälle z. B., die beim Uriniren heftige Schmerzen

haben, sind ungeeignet. 1 malige Instillation genügt fast nie. Autor machte die Instillationen täglich, in 24 bis 36 stündigen Zwischenräumen, vorausgesetzt, dass die Eiterung dann nicht stärker geworden war (in diesem Falle ist die Cur nicht fortzusetzen!). Die Wiederholung der Instillationen kann bis zu einer Woche erfolgen. Autor heilte so 41% (Erstinficirte), die grosse Menge der anderen Fälle zeigte milden Verlauf. Die „geheilten“ Fälle waren gonokokkenfrei und hatten keinen Ausfluss mehr, höchstens Fäden; aber wie Nachuntersuchungen lehrten, waren sie nicht sämmtlich auch urethroskopisch normal, vielmehr wiesen sie Infiltrate, auch recht derbe, auf. Es ist demnach die Abortivmethode, so weit sie bisher zu beurtheilen, wenigstens für eine Reihe von Fällen, weiter nichts als eine sehr abgekürzte Behandlungsart des acuten Stadiums der G., aber als solche sehr empfehlenswerth.

(Monatsschrift f. Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene 1904 No. 9.)

— **Die Behandlung der Katarrhe der weiblichen Genitalorgane** bespricht Prof. A. Dührssen (Berlin), und da es sich meist hierbei um G. handelt, seien die Ausführungen an dieser Stelle wiedergegeben. Sehr leicht zu erkennen sind die *acuten Scheidenkatarrhe*, bei welchen ätzender, eitriger Ausfluss besteht, die kleinen Labien und die Scheidenschleimhaut lebhaft geröthet und geschwollen sind, die Einführung des Fingers sehr schmerzhaft ist und leicht kleine Blutungen erzeugt. Die häufigste Ursache ist die G., deren Diagnose auch ohne mikroskopische Untersuchung gesichert, wenn sich auch aus der Urethra und event. noch aus den Bartholinischen Drüsen eitriges Secret drücken lässt. Diese acute gonorrhoeische Colpitis sieht man am häufigsten bei jungen Frauen, welche zu Beginn der Ehe inficirt wurden und zwar oft genug von Männern, bei denen der Urologe vor der Heirath keine gonorrhoeischen Residuen mehr gefunden hatte, oder die vor vielen Jahren eine G. gehabt hatten, oder man sieht sie bei Kindern (Vulvovaginitis). Therapie: Anwendung einer 3—5% igen wässrigen Ichtharganlösung, welche in ca. 8 Tagen in schmerzloser Weise die Affection beseitigt. Man spült zunächst die Vagina mit 1% iger Lysoformlösung aus und führt dann einen möglichst kleinen Röhrenspiegel ein, mittels dessen man 1—2 mit der genannten Lösung getränkte Wattetampons oder einen Gazestreifen in die Vagina einbringt. Nach 24 Stunden werden diese Einlagen durch neue ersetzt. Zeigt sich am 3. Tage, dass die Epitheldecke in grösseren

Fetzen abgestossen ist, so kann man 1—2 Tage pausiren. Schon nach der ersten Einlage verspüren die Pat. grosse Erleichterung. Gleichzeitig wird die Urethritis durch Injection derselben Lösung in die Urethra behandelt, wozu man sich vortheilhaft der Fritsch'schen Canüle und einer Pravaz'schen Spritze bedient. Bei Kindern spritzt man damit die Vagina aus. Auch bei den mehr *chronischen* Formen der Colpitis, in denen eitriger Ausfluss besteht und die vorhandene fohstichartige Röthung an den Mündungen der Bartholinischen Drüsen (Macula gonorrhoeica), resp. eine Urethritis auf den gonorrhoeischen Ursprung hinweist, ist dieselbe Behandlung am Platze. Man lässt weiterhin — auch von dem Gesichtspunkt ausgehend, eine neue Infection möglichst zu verhüten — Spülungen machen. Autor verordnet hierzu 250 g Lysoform und 250 g einer 50%igen Chlorzinklösung, 10 g auf 1 Liter lauwarmen Wassers. Mit der 1%igen Lysoformlösung spült die Pat. den einen Tag und den nächsten mit der $\frac{1}{2}$ %igen Chlorzinklösung aus. Als Spülrohr wird am besten ein Glasrohr mit einer Oeffnung genommen, welche jedesmal vor Gebrauch durch eine Spiritusflamme gezogen wird. Ein unsauberes Rohr kann Colpitis erzeugen! Deshalb sind da, wo kein Ausfluss besteht, überhaupt Spülungen zu verbieten. Bei nichtgonorrhoeischer Colpitis besteht hauptsächlich die Indication, die Ursache zu erforschen und zu beseitigen. Die *senile* Colpitis erkennt man an der fleckweisen, dunklen Röthung der Scheidenschleimhaut und an den Verwachsungen zwischen Scheide und Portio; der eitrige Ausfluss wird am besten durch Eingiessen von rohem Holzeßig (2—3 mal wöchentlich) beseitigt. Der *acute Uteruskatarrh* ist ebenfalls in der Regel auf G. zurückzuführen. Man sieht, wie die Cervicalschleimhaut sich hochroth aus dem Muttermund herausdrängt und aus letzterem eitriges, resp. schleimig-eitriges Secret quillt. Jede Bewegung und Betastung des Uterus ist empfindlich, oft besteht auch Fieber und peritoneale Reizung. Fehlt die Gelegenheit einer septischen Infection, also eine vorausgegangene Geburt resp. Abort, auch ein operativer Eingriff, so kann man auf Grund jenes Befundes schon Endometritis gonorrhoeica diagnosticiren. Die Behandlung besteht in Bettruhe, Entleerung des Darmes, Eisblase. Nachdem die ersten stürmischen Erscheinungen zurückgegangen sind, kann die locale Behandlung des restirenden chronischen Cervixkatarrhes erfolgen. Die normale Uterusschleimhaut sondert in 24 Stunden nur ein Klümpchen glashellen

Schleims ab. Ist eine grössere Menge im Spiegel sichtbar, so besteht ein Uteruskatarrh, der jedenfalls ein Cervixkatarrh ist, wenn eine Erosion vorhanden, oder die ektropionirte Cervicalschleimhaut hochroth und geschwollen ist. Bei Behandlung des *chronischen Cervicalkatarrhs* bevorzugt Autor die Einführung von Aetzmitteln in den Cervicalcanal mittels einer dünn mit Watte umwickelten Playfair'schen Sonde. Man stellt die Portio mit einem möglichst kurzen, zweiklappigen, sich selbst haltenden Spiegel ein, spült sie mit einer antiseptischen Lösung ab und beseitigt zunächst den den Cervicalcanal ausfüllenden Schleim durch Auswischen mit watteumwickelter Playfair'scher Sonde. Sodann führt man eine solche mit 25%igem Carbolalkohol getränkte Sonde langsam bis zum inneren Muttermund ein und lässt sie eine Weile liegen. Eine vorhandene Erosion oder Ektropium kann man noch für sich ätzen, indem man nur die Spitze der Sonde mit einem dickeren Wattebausch umwickelt, mit dem Aetzmittel tränkt und gegen die Portio andrückt, nachdem man etwa vorhandene Ovula Nabothi zuvor mit einem Lanzenmesser geöffnet hat. Dies zweimal wöchentlich. Bei sehr hartnäckigem Katarrh ätzt Autor mit 10—50%iger Chlorzinklösung. Ist die Portio stark hypertrophisch, mit Ovula Nabothi durchsetzt, die ektropionirte Cervicalschleimhaut leistenartig verdickt, so kann der Cervixkatarrh dauernd nur durch eine entsprechende Cervixplastik (*Amputatio portionis*, *Excisio mucosae cervicis*) beseitigt werden. Dass neben dem Cervixkatarrh auch ein Katarrh der Corpusschleimhaut besteht, ist anzunehmen, wenn die Menstruation abnorm stark ist oder abnorm lange dauert, oder wenn bei der Menstruation die oberflächlichen Schichten der Schleimhaut ausgestossen werden (*Endometritis exfoliativa* s. *Dysmenorrhoea membranacea*), oder wenn die watteumwickelte Playfair'sche Sonde leicht in die erweiterte Uterushöhle eindringt. Eine sichere Diagnose der *Endometritis corporis* ist ferner dadurch gegeben, dass die vorsichtig geführte Uterussonde Unebenheiten fühlt und Schmerzen erzeugt. Fehlen dagegen die Symptome der Entzündung der Cervicalschleimhaut, und ist das aus dem Muttermund quellende Secret sehr dünnschleimig, so ist nur ein Katarrh der Corpusschleimhaut, eine *Endometritis catarrhalis* schlechtweg vorhanden. Fehlen bei dieser verstärkte Menstruationen, ist eine geeignete Allgemeinbehandlung schon ohne Erfolg versucht worden, so muss auch die Corpusschleimhaut local behandelt werden, vorausgesetzt, dass eine vorher

anzustellende sorgfältige bimanuelle Untersuchung keine Endzündung der Adnexe ergeben hat. Dies geschieht zweckmässig mit den beiden schon oben genannten Mitteln, von denen der 25%ige Carbolalkohol den Vorzug hat, dass er am seltensten Uteruscoliken erzeugt. Diese vermeidet man ferner dadurch, dass man vor und nach der Aetzung den Uterus mit einer antiseptischen Lösung ausspült, und dass man das Aetzmittel nicht mit der Braun'schen Spritze ausspritzt, sondern mit der watteumwickelten Playfair'schen Sonde einführt. Vielfach lässt sich diese ganze Procedur ausführen, ohne dass man die Portio mit einer Kugelzange anhakt — man muss dann nur die Sonde rasch und in der Richtung der Uterushöhle einführen, da sich der innere Muttermund durch den Reiz des Aetzmittels contrahirt und die langsam eingeführte Sonde dann nicht mehr passiren lässt. Bei gleichzeitig vorhandener Metritis, die fast nie fehlt, ist es sehr zweckmässig, vor dieser Behandlung den Uterus durch Laminariastifte, die in 1%igem Sublimatalkohol aufbewahrt und hierdurch aseptisch gemacht werden, zu erweitern. Abgesehen von der günstigen Einwirkung auf die Metritis, ermöglicht die Laminariadilatation die Austastung des Uterus und die Feststellung, ob in der Corpushöhle etwaige circumscripte entzündliche Schleimhautwucherungen (Schleimhautpolypen) oder Neubildungen vorhanden sind. Durch die Erweiterung des inneren Muttermundes erleichtert sie die Einführung der Instrumente in die Corpushöhle und das Abfliessen der überschüssigen Aetzlösung, wodurch gleichfalls Uteruscoliken vermieden werden. In seltenen Fällen treten trotz dieser Vorsichtsmaassregeln Uteruscoliken auf. Dieselben machen durch ihre Rückwirkung auf das Herz einen recht beängstigenden Eindruck, werden aber durch eine Morphiuminjection gewöhnlich rasch beseitigt. Ist dies nicht der Fall, so ist an die Möglichkeit der Ruptur einer graviden oder mit Eiter gefüllten Tube, die vorher nicht durch bimanuelle Untersuchung festgestellt war, zu denken und specialärztliche Hülfe zu requiriren. In der Literatur sind auch Fälle beschrieben, wo der Tod erfolgte, weil das ohne die beschriebenen Cautelen eingespritzte Aetzmittel in die Tuben und die Bauchhöhle eingedrungen war oder der angewandte Liquor ferri eine fortschreitende Thrombose erzeugt hatte. Verfasser nimmt die beschriebene Aetzung nur 2—4 mal monatlich vor und gebraucht die 10—50%igen Chlorzinklösungen nur selten und erst nach erfolgloser Anwendung des 25%igen Carbolalkohols. Uebrigens giebt es auch

Fälle von Endometritis catarrhalis, wo erst eine Auskratzung mit nachfolgenden Aetzungen die Heilung herbeiführt, welche Aetzungen allein nicht zu bewirken vermochten. Die Kranken sind darauf aufmerksam zu machen, dass leichte Blutungen nach der Aetzbehandlung auftreten können. Bleibt dagegen die Menstruation nach derselben längere Zeit aus, so ist mit der Behandlung aufzuhören, damit nicht eine Atrophie der Uterusschleimhaut eintritt. Sind neben dem Corpuskatarrh Meno- oder Metrorrhagieen vorhanden, so ist der Aetzbehandlung im allgemeinen stets eine Auskratzung vorzuschicken, da sie nicht nur sicher hilft, sondern auch das Material für eine mikroskopische Untersuchung liefert, welche uns über das eventuelle Vorhandensein einer malignen Neubildung aufklärt. Bei der Auskratzung ist auch der Cervicalcanal für sich zu curettiren, damit man nicht ein etwa vorhandenes Carcinom der Cervicalschleimhaut übersieht. Von der entzündeten Cervicalschleimhaut lässt sich nichts abkratzen — fördert also die Abkratzung des Cervicalcanals, respective einer blasseröthlichen Erosion markige Bröckel heraus, so ist ein Carcinom vorhanden. Abgesehen von den malignen Neubildungen denke man bei Vorhandensein von blutiggefärbtem Ausfluss, der mit Blutungen abwechselt, auch an die Möglichkeit der Retention eines Placentarrestes. Ein erbsengrosser Placentarrest kann diese Symptome erzeugen und wird auch durch ein Curettement häufig genug nicht entfernt, da er zu fest sitzt. Ist bei den genannten Symptomen ein Curettement schon erfolglos gemacht, so dilatiere man zunächst mit Laminaria und taste den Uterus aus. Hat man den Rest gefühlt, so kann man ihn mit dem Finger oder unter Leitung des Fingers mit der Curette entfernen. Curettirt man in solchen Fällen wiederholt, so kann man eine Uterusruptur erzeugen. Nicht alle Uteruskatarrhe beruhen auf gonorrhöischer, septischer oder der seltenen tuberculösen Infection, die eine Endometritis erzeugte, sondern sie können auch durch einfache Hyperplasieen der Uterusschleimhaut bedingt sein. Solche Hyperplasieen entstehen durch Circulationsstörungen, Lageveränderungen des Uterus, nervöse Einflüsse, bei Vorhandensein von Myomen, reflectorisch bei Oophoritis chronica als Endometritis hyperplastica (Brennecke). Dieser Aetiologie entsprechend, erzielt in diesen Fällen eine nicht direct auf die Veränderung der Uterusschleimhaut gerichtete Behandlung vielfach gute Erfolge, falls es durch sie gelingt, allgemeine oder locale Circulationsstörungen zu beheben.

Bezüglich der letzteren spielt die Beseitigung der Obstipation, einschnürender Kleidungsstücke, einer sitzenden Lebensweise, mangelnder Hautpflege eine grosse Rolle und erklärt die Erfolge, welche die Moor- und Soolbäder, sowie überhaupt eine hygienische Lebensführung bei diesen Hyperplasieen der Uterusschleimhaut erzielen. Unter den nervösen Einflüssen spielen geschlechtliche Ueberreizungen und der Coitus reservatus eine Rolle. Ihre Beseitigung genügt vielfach, um den Ausfluss und die Kreuzschmerzen zum Verschwinden zu bringen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 48.)

Helminthiasis. Die wirksamen Bestandtheile des Extract.

Filicis maris und ihre therapeutische Verwendung unterzieht Prof. A. Jaquet (Basel) einer Besprechung, die er dann hauptsächlich dem *Filmaron* widmet, mit dem er bei Thieren und Menschen Versuche angestellt hat. *Filmaron* ist ein gelbes, amorphes, in Chloroform und Aether leicht, in Alkohol schwer lösliches, in Wasser unlösliches Pulver, das in trockenem Zustande vollkommen beständig ist. Im Laufe der Jahre hat Autor damit 38 Curen gemacht, sämmtliche bei *Taenia saginata*. Nach einer Vorcur am Tage vorher (Darmentleerung Vormittag, Abends Zwiebelsuppe und Heringssalat) wurde das Mittel morgens nüchtern, bei Erwachsenen zu 0,7 — 1 g, meist gelöst in 1—2 g Chloroform und 20—30 g Ricinusöl, gegeben (in Bierschaum); eine Stunde später erhielt der Pat. 1—2 Esslöffel Ricinusöl nach, und wenn nach drei Stunden noch kein Stuhl erfolgt war, ein Glycerin- oder Seifenwasserklystier. Nur viermal Misserfolg, dreimal darunter bei Kindern, die offenbar zu wenig *Filmaron* erhalten hatten. Eine Reihe von Kindern von 8—12 Jahren erhielt ruhig 0,5—0,7, ja ein 2 $\frac{3}{4}$ jähriges Kind einmal 0,3 g ohne jeden Nachtheil. Die Resultate lassen über die anthelminthischen Eigenschaften des *Filmarons* keine Zweifel. Eine durchschnittliche Dosis von 0,7 g reicht aus, um in der Mehrzahl der Fälle den Parasiten abzutreiben. Dabei wurden, abgesehen von unbedeutender Uebelkeit oder Leibschmerzen in einigen Fällen, nicht die geringsten unangenehmen Nebenerscheinungen beobachtet.

(Therap. Monatshefte, August 1904.)

- **Zur Technik der Bandwurmcuren** theilt Dr. J. Boas (Berlin) seine Erfahrungen mit. Diese zeigen zunächst, dass Pelletierin vollkommen unwirksam ist, und dass sich auch alle neueren Bandwurmmittel mit dem *Farnkrautextract*

an Wirksamkeit durchaus nicht messen können. Wenn bei Benützung des letzteren manchmal Misserfolge oder gar Intoxicationen vorkommen, so liegt dies an Nebenumständen resp. einer mangelhaften Technik der Bandwurmcure. Wenn das Präparat zum Teil oder ganz ausgebrochen wird, wirkt es natürlich nicht. Bei Kranken, welche das Mittel bereits früher ausgebrochen haben, oder die überhaupt „schlecht einnehmen“, pflegt Autor seit vielen Jahren das Extract in Form einer dünnen Emulsion (mittels Gummi arabicum) in den Magen zu giessen. Dass nur ein frisches Präparat wirksam ist, weiss man zur Genüge. Sehr viel kommt aber auch die Technik in Betracht. Eine Vorbereitungscure ist überflüssig. Am besten nimmt der Pat. das Extract zu 5—8 g morgens nüchtern. Falsch ist es nun, bald darauf ein Abführmittel zu verabfolgen. Ein solches soll frühestens sechs Stunden nachher genommen werden, und auch zu dieser Zeit sollen erst Flüssigkeiten oder feste Substanzen genossen werden, damit nicht durch Verdünnung die Wirksamkeit des BandwurmmitteIs verringert wird und letzteres auch möglichst lange mit der Taenie in Berührung bleibt. Macht man die Cure in dieser Weise, dann sind auch kleinere Dosen (für Erwachsene 5 — 8 g) schon wirksam, und Intoxicationen werden ausbleiben. Als Abführmittel empfiehlt Boas als allein geeignet für eine Bandwurmcure die Bitterwässer.

(Therap. Monatshefte 1904 Nr. 12.)

Hyperidrosis. Eumydrin, ein neues schweisshemmendes

Mittel, hat Dr. B. Engländer (Allgem. Krankenhaus St. Lazarus in Krakau) bei 35 Pat., wovon 30 an Phthisis pulmonum litten, angewandt und war mit der Wirkung zufrieden. Oft genügte es, Abends 1 Pulver zu 0,001 zu geben, manchmal war die doppelte Dosis nöthig, mitunter wirksam erst 0,0025, namentlich wenn das Mittel, an das ziemlich rasch Gewöhnung eintritt, längere Zeit verabreicht wurde. Das Mittel wurde im Allgemeinen gut vertragen und machte nur selten Nebenerscheinungen. (Wiener klinisch-therap. Wochenschrift 1904 Nr. 48.)

- **Ueber Nachtschweisse bei Lungentuberculose und deren Bekämpfung, insbesondere durch Veronal** lässt sich Dr. H. Ulrici (Heilanstalt Reiboldsgrün i. Vogtl.) aus. Er betont zunächst, dass es sich um Pat. der Heilanstalt handelte, die den grössten Theil des Tages im Freien oder wenigstens bei geöffneten Fenstern verbrachten und

auch Nachts bei offenem Fenster schliefen; durch kühle Abreibungen des Morgens und regelmässige Bäder war für ausreichende Hautpflege gesorgt. Aber auch bei diesen günstigen Nebenumständen war die Wirkung des Veronals bemerkenswerth. Autor gab es für gewöhnlich zu 0,3 g Abends vor dem Schlafengehen. Das erste Pulver wirkte meist kaum, beim zweiten pflegte der Nachtschweiss wesentlich geringer zu werden, nach dem dritten blieb er meist ganz aus. Einige Male mussten grössere Dosen (0,5 :— 0,6) gereicht werden, bei kräftigen Männern, Potatoren; sonst aber war 0,3 g genügend, ja die Pat. schliefen auch recht gut danach. Bei diesen kleinen Dosen wurden auch nie Neben- oder Nachwirkungen, auch nicht Gewöhnung beobachtet. Wenn die Pat. nicht mehr schwitzten, wurde Veronal ausgesetzt. Mitunter blieben die Schweisse ganz weg; häufiger traten sie nach Wochen wieder auf und wurden dann abermals durch Veronal leicht beseitigt. Zuweilen bestand nach Unterdrückung der Schweisse doch noch Neigung zum Schwitzen; man gab dann die halbe Anfangsdosis noch einige Zeit weiter und erreichte damit sein Ziel. Einige Male verglich Autor bei denselben Pat. die Wirkung des Veronals mit der des Atropins oder Agaricins; die Veronalwirkung war zuverlässiger, als die des Atropins, die Ueberlegenheit gegen Agaricin noch ausgesprochener.

(Therap. Monatshefte 1904 Nr. 12.)

Hysterie. Ueber Vortäuschung von Myopie bei Schul-

kindern lässt sich Dr. W. Feilchenfeld, Augenarzt in Charlottenburg, aus. Es kommt nicht selten vor, dass Schulkinder dem Augenarzte vom Schularzte behufs Verschreibung einer Brille zugewiesen werden. Man findet kaum $\frac{6}{36}$ Visus, untersucht man aber genauer, so entdeckt man, dass gar keine Refractionsanomalie vorliegt, sondern Emmetropie vorhanden ist. Man verordnet ein unschuldiges Umschlagwasser oder eine nicht reizende Einträufelung, mit der Angabe, dass das schlechte Sehen durch einen Katarrh bedingt war und in kurzer Zeit nach Beseitigung desselben gute Sehkraft geschaffen würde, und thatsächlich ist das Leiden bald behoben. Manchmal allerdings persistiren die Beschwerden hartnäckiger, es ist dann die Diagnose schwieriger, therapeutisch stärkere suggestive Beeinflussung der Kinder nothwendig, wobei sich ein starker faradischer Strom gut bewährt. Diese Vorschätzung von Myopie, wie man sie am häufigsten

bei Mädchen findet, gehört in das grosse Gebiet der H. Mitschülerinnen benützen schon eine Brille. Der Wunsch, auch eine solche zu besitzen, sich dadurch interessant zu machen, die besondere Aufmerksamkeit der Lehrer auf sich zu lenken, führt zur Vortäuschung der Myopie, bisweilen sogar zu Amaurose. Im Allgemeinen ist solche H. nicht tragisch zu nehmen, und wenn, wie so häufig, ein solches Einzelsymptom nur auftritt ohne andere Zeichen von H., so hat das prognostisch keine Bedeutung; Heilung ist durch Suggestion in oben geschilderter Art stets mehr oder minder leicht zu erzielen. Man mache dabei die Kinder nur nicht kopfscheu, indem man sie etwa anschreit und als Lügner bezeichnet, ja man mache auch Eltern und Lehrern die Sachlage lieber nicht klar, da Vorwürfe und Strafen nur schaden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 42.)

- **Ueber hysterische Schlafzustände** lässt sich Privatdocent Dr. Raেকে aus. Es macht sich neuerdings das Bestreben bemerkbar, fast jeden stuporösen Zustand als Anzeichen eines katatonischen Verblödungsprocesses aufzufassen und besonders dem Vorkommen rein hysterischer Hemmungs- und Schlafzustände Misstrauen entgegenzubringen. Raেকে's Ausführungen nun stützen sich auf Beobachtungen aus der Kieler Nervenlinik, der städt. Irrenanstalt in Frankfurt a. M. und der Tübinger psychiatr. Klinik, im Ganzen 23 Fälle von hysterischem Schlaf. Von diesen betreffen 10 einfache Schlafzustände in directem Anschlusse an voraufgegangene hysterische Krämpfe, 7 losgelöste Lethargie-Anfälle, 6 protrahirten hysterischen Stupor, der nur zeitweise den Charakter des Schlafes trug, abwechselnd mit Episoden deliriöser Verwirrtheit oder allgemeiner Hemmung mit Einengung des Bewusstseins. Von vornherein eindeutig in ihrer klinischen Stellung ist die erste Gruppe, ebenso die zweite, während weit schwieriger sich die Umgrenzung des protrahirten hysterischen Stupors gestaltet, der mitunter den Hemmungszuständen katatonischer Verblödungsprocesses ausserordentlich ähnlich sieht. Es ist deshalb die Feststellung wichtig, dass auch seine Symptomatologie in allen wesentlichen Punkten mit der der beiden anderen Gruppen übereinstimmt, sodass man ihn sich entstanden denken kann durch eine Zusammensetzung von typischen Lethargie-Anfällen mit hysterischen Delirien und Dämmerzuständen. Gemeinsam ist allen drei Gruppen die erstmalige Entstehung durch gemüthliche Erregung oder

Shok, die periodische Wiederkehr zu denselben Tageszeiten oder bei bestimmten Gelegenheiten, auch mit dem Termin der Menstruation, und die Möglichkeit des plötzlichen Verschwindens im Anschlusse an rein suggestive Maassnahmen. Nur selten geschah das Einschlafen bei den Pat. so rasch, dass sie sofort, der Herrschaft ihrer Glieder beraubt, hinstürzten, oder in ihrer augenblicklichen Körperhaltung zur Bildsäule erstarrten. In der Regel sank die Müdigkeit mehr allmählich herab. Die Pat. suchten sich eine Zeit lang derselben zu erwehren, sahen sich noch nach einem bequemen Platze um, u. s. w. Dem Schlaf können Mattigkeit und Kopfschmerzen längere Zeit vorausgehen. Manchmal besteht dabei Kriebeln in Händen und Füßen, das allmählich nach dem Kopfe hinaufzieht; die Augenlider werden bleiern, alle Glieder steif, die Zunge unbeweglich. Im Schläfe selbst Gesicht meist ausdruckslos, Blick starr, häufiger Augen geschlossen. Extremitäten fallen, aufgehoben, schlaff herab oder sind unbeweglich erstarrt. Bisweilen nur partielle Spasmen. Sehnenreflexe bleiben erhalten, sind vielfach gesteigert, Hautreflexe dagegen schwach oder erloschen. Temperatur war stets normal. Oft lebhaftes vasomotorisches Nachröthen bis zur Quaddelbildung. Gesichtsfarbe vorherrschend normal oder leicht geröthet. Selten Blässe oder fast wächsernes Colorit, verbunden mit kleinem, fadenförmigem Puls und kaum sichtbarer Athmung. Gewöhnlich bleibt der Puls voll, wenig verlangsamt, zuweilen sogar beschleunigt. Respiration selten angestrengt, oft oberflächlich. Manchmal eisige Abkühlung der Haut, fast kein Puls und keine Athmung constatirbar, leicht Verdacht des Todes. Oefters fehlt der Conjunctivalreflex, Cornealreflex kann sehr schwach werden. Pupillen nicht, wie im natürlichen Schläfe, verengt, sondern dilatirt oder von mittlerer Weite. Ihre Reaction auf Lichteinfall war in obigen Fällen stets prompt. Ziemlich häufig Zittern der Lider. Nur ausnahmsweise Kopfwackeln, leichtes Grimassiren, rhythmische Armbewegungen, Vorschieben der Zunge. Tast- und Schmerzempfindung in der Regel, ausser an den Schleimhäuten, total erloschen. Früher vorhandene Druckpunkte können aber empfindlich bleiben. Gehör bleibt manchmal gut erhalten, ja kann, ebenso wie der Geruch, verschärft sein. Derartige Pat. erzählen nach dem Erwachen, sie hätten alles deutlich gehört, sich aber absolut nicht rühren können. Es handelt sich eben weder um völlige Bewusstlosigkeit, noch um einen einfachen, von Träumen erfüllten Schlaf, sondern

um einen eigenartigen Verwirrtheitszustand mit vorherrschender Hemmung. Auch wo es nicht gelingt, sprachliche Aeusserungen zu erzielen, erkennt man doch an dem wiederholten Lagewechsel, an der leichten Röthung des Gesichts oder Anschwellen der Stirnadern bei schmerzhaften Reizen, an Abwehrbewegungen, Stöhnen u. s. w., dass eine gewisse psychische Thätigkeit fortbesteht. Die Pat. verunreinigen sich auch fast nie. Sie liessen sich alle widerstandslos füttern oder nahmen heimlich Nahrung. Eine Pat. erwachte stets zu den Hauptmahlzeiten und sorgte dann selbst für ihre Bedürfnisse. Das Erwachen geschieht bald plötzlich, bald allmählich. Die Gesamtdauer des Schlafzustandes beträgt Stunden, Tage und Wochen, seltener Monate. Die Abgrenzung von den epileptischen Schlafzuständen stützt sich in erster Linie auf das Verhalten in den freien Intervallen und auf die Vorgeschichte. Daneben ist der Befund an den Pupillen und Sehnenreflexen zu berücksichtigen, etwaige alte Verletzungen, Zungennarben, frische Sugillationen, event. Babinski. Weit schwieriger ist die Unterscheidung von dem katatonischen Stupor. Auch hier ist auf die Anamnese, sowie auf den ganzen bisherigen Verlauf hohes Gewicht zu legen, jedoch zu bedenken, dass gelegentlich auf hysterischer Basis katatonische Verblödnungsprocesse erwachsen können. Dagegen hat der Schlafzustand selbst bisher keine absolut sicheren differentialdiagnostischen Merkmale aufzuweisen. Die Entscheidung, ob es sich um einen hysterischen oder katatonen Stupor handelt, wird daher in manchen Fällen heute einige Zeit Gefühlssache bleiben. Zu beachten ist das lebhaftere, mehr attente Verhalten des Hysterikers, der sich rascher orientirt, für seine Umgebung ein gewisses neugieriges Interesse bewahrt, sich Unbequemlichkeiten erspart, behagliche Stellungen bevorzugt, für seine Bedürfnisse sorgt, Mahlzeiten einhält. Hartnäckige Abstinenz, Schmierer, Salivation, gezwungene Haltungen, starkes Grimassiren, zahlreiche Stereotypieen und Maniren, fortgesetztes Verbigeriren und Sprachverwirrtheit, vor Allem aber heftiger Negativismus mit blindem Widerstreben gegen jede Maassnahme sprechen für Katatonie. Andererseits erhalten gesteigerte Suggestibilität und Stigmata erst dann für die Diagnose Hysterie ausschlaggebende Bedeutung, wenn sie auch nach Ablauf des eigentlich psychotischen Zustandes im freien Intervalle nachweisbar sind. Jedenfalls darf man einen hysterischen Schlafzustand nur dann mit Bestimmtheit diagnosticiren, wenn unabhängig von der Art des Stupors das Bestehen

einer Hysterie constatirt werden kann.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 51.)

Magen- und Darmkatarrhe. Rexotan, ein neues

Darmantisepticum (hergestellt von Dr. Voswinkel, Apotheke Berlin W., Kurfürstenstr. 154) empfiehlt Dr. R. Meltzer (Wedel) auf Grund seiner Versuche. Rexotan (Methylen-Tannin-Harnstoff, entstanden durch Einwirkung von Formaldehyd auf Tannin und Harnstoff) passirt den Magen und gelangt erst im Darm zur Resorption unter Abspaltung von Formaldehyd. Autor hat damit 86 Fälle behandelt (acute und subacute Darmkatarrhe bei Erwachsenen und Kindern, acute Durchfälle und Brechdurchfälle des Säuglingsalters, chron. Darmkatarrhe der Säuglinge, Diarrhoeen der Phthisiker). In der Mehrzahl der Fälle Besserung am zweiten oder dritten Tage, Heilung durchschnittlich in 8 Tagen. Bei den 2 Fällen von Tuberculose handelte es sich einmal um ein 14jähriges Mädchen mit tuberculösen Darmgeschwüren; der Durchfall hörte nach 8tägigem Gebrauch des Rexotan auf, der Stuhl wurde normal und erfolgt wieder jetzt (ca. 6 Wochen nach dem Aufhören mit dem Mittel) regelmässig und normal. Im zweiten Falle versagte das Mittel. In keinem Falle trat eine unangenehme Nebenwirkung zu Tage. Das geruch- und geschmacklose Mittel lässt sich bequem in Milch, Haferschleim oder einer anderen Flüssigkeit nehmen. Erwachsene erhielten 3 mal täglich 0,6 gr, Kinder unter 1 Jahr 3 mal täglich 0,1 gr, Kinder von 1—2 Jahren 0,15 gr (immer $\frac{1}{2}$ Stunde nach der Mahlzeit), über 2 Jahre hinaus kann man die Hälfte der Dosis für Erwachsene geben. Kindern ordinirt man am besten vor Darreichung des Rexotan eine gehörige Dosis Calomel. Rexotan ist billiger als Tannigen und kostet ebensoviel wie Tannalbin, welches aber in doppelter Menge gegeben werden muss. Vorzüglich beim Darmkatarrh der Säuglinge scheint das Mittel eine schätzenswerthe Bereicherung unseres Arzneischatzes zu sein. Auch Districtsarzt Dr. Homann (Finkenwärder), der das Präparat in 17 Fällen von Sommerdiarrhoe der Säuglinge anwandte, erzielte hier vollen Erfolg, selbst da, wo Tannalbin und Wismuth versagten.

(Aerztl. Rundschau 1904 No. 41.)

- **Ueber die Behandlung der Diarrhoeen bei Kindern** giebt Dr. E. Toff (Braila) seine Erfahrungen bekannt. Ausser der Beseitigung der Grundursachen, Regelung der Diaet, warmen Bädern, welch letztere auf alle an Diarrhoe leiden-

den Kinder einen günstigen Einfluss ausüben, kommt die medicamentöse Therapie in Betracht. Autor hat in mehr als 800 Fällen *Tannalbin* angewendet, mit dem er sehr zufrieden war. Er verschreibt für Kinder bis zu 1 Jahr 1—2 g für 24 Stunden in einem Decoct. Colombo (1,0:80,0) mit Zusatz von 20 g Syrup, wovon Tag und Nacht stündlich 1 Kaffeelöffel zu nehmen ist, grösseren Kindern bis zu 3 g für 24 Stunden.

(Centralblatt für die gesammte Therapie 1904 Nr. 10.)

— Einen **Beitrag zur Therapie der Magenkrankheiten** liefert Prof. H. Leo (Bonn).

a) *Wirkung von kalten Douchen bei Gastroxynsis.* Typischer Fall von periodischem Magensaftfluss mit Hyperacidität bei einem 37jährigen Manne. Es wurde durch alle möglichen Maassnahmen, durch Irrigationen des Magens und Darmes mit mannigfachen Mitteln und durch die Darreichung der verschiedensten Medicamente nicht allzuviel erreicht. Freilich konnte durch Darmeinläufe von NaCl-Lösung und Irrigation des Magens mit 5%iger NaCl-Lösung die Acidität des Secrets herabgesetzt werden. Der Brechreiz wurde aber nicht wesentlich beeinflusst. Am ehesten schienen noch Abführmittel in dem Sinne zu wirken, dass sie wenigstens das Eintreten des Anfalls etwas hinzogen. In prägnanter Weise aber erwies sich eine Maassnahme als symptomatisch wirksam: die kalte Douche. Pat. lässt dieselbe 2—3 Minuten einwirken, legt sich dann ins Bett und erreicht dadurch, dass Magenschmerzen und Erbrechen für die Dauer von 2 Stunden coupirt werden. Trotz seines geschwächten Zustandes wendet er die Procedur nicht selten 4—5 mal am Tage an. Das Mittel einer kalten Volldouche bleibt trotzdem heroisch und ist gewiss nicht in jedem Falle zu gebrauchen, in manchem wird es aber doch vielleicht von Nutzen sein.

b) *Schwere Gastralgie bei chronischer Gastritis und deren Bekämpfung durch Pepsinsalzsäure.* 67jähriger Pat., dessen subjective Beschwerden (Schmerzanfälle, die $\frac{1}{2}$ —1 Stunde nach der Nahrungsaufnahme einsetzen und durch Trinken von Milch gemildert werden) ganz dem Bilde der Hyperacidität entsprachen. In Wirklichkeit handelte es sich aber um Subacidität. Nach Einhorn ist die Sache in solchen Fällen vielleicht so, dass die gröberen Speisereste, welche nach dem Austreten der Flüssigkeit aus dem Magen daselbst zurückbleiben, die Schleimhaut durch mechanische Reibung intensiv reizen und so den Schmerz verursachen,

der dann durch das Trinken von Flüssigkeit resp. die dadurch bewirkte Verdünnung des Mageninhalts wieder gemildert wird. In obigem Fall lag zweifellos chron. Gastritis vor, zu der sich wohl bereits Atrophie der Schleimhaut hinzugesellt hatte. Carcinom konnte, abgesehen von dem Fehlen der Milchsäure, ausgeschlossen werden, da das Körpergewicht des Pat. sich seit längerer Zeit auf gleicher Höhe gehalten hat. Auch für Neurose sprach nichts. Andererseits war das Bestehen einer chron. Gastritis direct bewiesen durch die constant im Magen vorhandenen beträchtlichen Schleimmengen und den reichlichen Gehalt der aus dem nüchternen Magen ausgespülten Schleimflocken an Leukocyten und Epithelzellen. Therapeutisch wurden diätetische Maassnahmen, Irrigationen des Magens mit Adstringentien, innere Medicamente gegeben, alles vergebens. Besserung wurde erst erzielt durch eine Mischung von Pepsin und Salzsäure:

Rp. Acid. mur.
Pepsin. sicc. aa 10,0
Aq. dest. ad 50,0

Die Schmerzen hörten danach nicht sofort auf, erst nach $\frac{1}{2}$ Stunde wurden sie geringer und nach 1 Stunde verschwanden sie. Man muss annehmen, dass das Medicament eine Peptonisirung der Gerüstsubstanzen und damit eine Zerkleinerung der gröberen Brocken befördert hat. Dafür sprach auch der Umstand, dass es erst nach einiger Zeit wirkte, die eben zur Verdauung nöthig war.

(Die Therapie der Gegenwart, December 1904.)

Obstipatio. Purgan empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen

Dr. R. Blum. Das Mittel wird bekanntlich in Tabletten à 0,05 g (für kleine Kinder), à 0,1 g (für Erwachsene) und 0,5 g (für stark obstipirte und bettlägrige Pat.) verordnet. Es wurde vom Autor zunächst angewandt, um in milder Weise die Darmthätigkeit anzuregen. 1—2 Tabletten à 0,1 g bewirken nach 2—3 Stunden eine breiige Stuhlentleerung ohne jeden Colikschmerz. Durch systematischen Gebrauch des Mittels gelang es dann, eine automatische Regelung der Darmentleerungen herbeizuführen. Zu diesem Behufe wurden vor dem Schlafengehen dem an chronischer O. Leidenden 2 Tabletten gegeben und, war diese Dosis am Morgen nicht von genügender Entleerung gefolgt, früh noch 1 Tablette. Ein besonderes Indicationsgebiet für Purgan sind die Fälle von acutem Gastricismus. Auch

bei nutritiven Dyspepsieen der Säuglinge eignet sich Purgen sehr zur milden Evacuierung von Magen und Darm; mit einer Baby-Purgentablette (à 0,05 g) bei Säuglingen im ersten Halbjahr, bei älteren mit mehreren erzielt man stets prompte Wirkung. Purgen ist also ein sehr gutes, mild und schmerzlos wirkendes, sehr angenehm zu nehmendes Laxans.

(Therap. Monatshefte, September 1904.)

- **Zur Casuistik der subcutanen Atropinanwendung bei Ileus** führt Geh. San.-Rath Dr. Boldt (Berlin) einen lehrreichen Fall an. Eine Frau war vor 13 Jahren wegen Appendicitis operirt worden. Sie wurde wieder gesund und hatte jahrelang keine weiteren Unterleibsbeschwerden als Magenkatarrhe und mangelhafte Stuhlentleerung. Vor etwa einem Jahre traten zuerst heftige Colikschmerzen mit starkem Oppressionsgefühl auf. Der Zustand war nie mit Fieber verknüpft, nur heftige Schmerzen und absolute Verstopfung. Nach Morphiuminjectionen nur sehr mässige Besserung. Es dauerte immer mehrere Tage, ehe der Anfall vorüber war. Jetzt erkrankte sie eines Tages wieder mit demselben Anfall: Schmerzen, Brechneigung, Erbrechen, weder Stuhl noch Abgang von Blähungen; Leib etwas aufgetrieben und in der rechten Seite neben der Operationsnarbe eine Anschwellung, die dem gesteiften Darm entsprach. Autor gab Extr. Belladonn. 0,03 und eine Dosis Ricinus. Nachmittags Zunahme der Beschwerden, trotzdem Pat. zwei von den Pulvern à 0,03 Extr. Belladonnae genommen hatte. Der gesteifte Darm noch deutlicher zu fühlen, Puls klein (100), etwas Trockenheit im Munde. Autor machte jetzt eine subcutane Einspritzung von sieben Theilstrichen einer Lösung von 0,01:10,0 Atropin, also noch nicht 1 mg. Fast unmittelbar darnach begannen sich Erscheinungen der Atropinvergiftung zu entwickeln, und eine Stunde post inject. lag Pat. mit geröthetem Gesicht da, Pupillen ad maximum erweitert, Puls klein (120), vollständiges Desorientirtsein, grosse Unruhe usw. Therapie: Kalte Compressen, starker Kaffee. Um zwölf Uhr nachts reichliche, mehrmalige Entleerung. Am nächsten Morgen war Pat. wieder orientirt, sah aber noch mangelhaft und hatte Trockenheit im Munde; gesteifte Darmparthie nicht mehr zu fühlen, Abdomen auf Druck nur noch mässig empfindlich. Reconvalescenz erfolgte jetzt rasch. — Ob man es hier mit einem richtigen Ileus zu thun hatte, ist ja nicht erwiesen. Vieles sprach ja dafür, jedenfalls ist es wahr-

scheinlich, dass infolge der früheren Perityphlitis sich etwas gebildet hatte, was die O. verursachte. Der Fall schien zur Anwendung des Atropins geeignet. Die Lösung trat auch 5½ Stunden nach Anwendung von 0,06 Extr. Bellad. intern und 0,0007 Atropin subcutan ein, aber zugleich trotz dieser kleinen Dosen Intoxication. Wie heftig wäre letztere gewesen, wenn man jene grossen Dosen, wie sie empfohlen werden, angewandt hätte! Es lag hier offenbar Idiosynkrasie gegen das Mittel vor. Aber wie ist man sicher, solcher nicht zu begegnen? Jedenfalls mahnt der Fall, erst mit kleineren Dosen (¼ mg) anzufangen und event. allmählich zu steigen. Bei so vorsichtigem Vorgehen ist aber die subcutane Anwendung von Atropin bei hartnäckiger O. ein entschieden günstig wirkendes Mittel.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 48.)

Rheumatismen. Intravenöse Salicylbehandlung und

rheumatische Affektionen, von Dr. M. Behr (Heilstätte Holsterhausen bei Werden a. d. Ruhr). Autor hat die von Mendel ausgearbeitete Methode benützt. Dieser beschrieb*) die Technik folgendermaassen: „Nachdem die Platiniridiumnadel in einem Reagensglase drei Minuten lang ausgekocht ist, wird die Pravazspritze mit gekochtem Wasser ausgespritzt und mit der Arzneiflüssigkeit gefüllt. Sodann wird derjenige Oberarm, welcher die am meisten ausgebildeten Venen in der Ellenbeuge zeigt, mit der Gummibinde so fest umschnürt, dass der arterielle Zufluss unbehindert, der venöse Abfluss aber gehemmt ist. Um ein Ausweichen der Vene zu vermeiden, fixirt man mit dem Daumen der linken Hand unterhalb der mit Aether gereinigten Einstichstelle das prallgefüllte Gefäss und sticht mit der rechten Hand die fest auf der von jeder Luftblase befreiten Spritze aufsitzende Nadel ein. Tritt eine Blutsäule, wie es häufig der Fall ist, in die Spritze ein, so ist dies ein Beweis, dass die Nadel sich im Lumen der Vene befindet, im anderen Falle soll man nie versäumen, durch Anziehen des Stempels sich davon zu überzeugen. Steigt eine Blutsäule in der Spritze auf, so entleert man langsam den Spritzeninhalt in die Vene, drückt nach Anziehen der Nadel einen Wattebausch auf die Einstichstelle und entfernt dann die elastische Ligatur. Da der Einstich sofort verklebt, ist ein Verband unnöthig.“ Behr hat die Injection in dieser Weise stets mit Erfolg

*) Therap. Monatshefte, April 1904.

gemacht, nur in der Reinigung der Spritze verfährt er anders. Er hält die (Lieberg'sche Glas-)Spritze ebenso wie einige Nadeln stets in einem Schälchen mit Alkohol und trocknet sie einfach vor der Injection; nach derselben spritzt er sie mit Alkohol aus und bringt sie wieder in das Schälchen. Die Injection erfordert eine gewisse Uebung, da subcutane Injectionen recht schmerzhaft sind; richtig ins Gesäss hinein machen sie aber keine Beschwerden. Da sie nur bei rheumatischen Leiden wirksam sind, ist eine präzise Diagnose nöthig. Je frischer die Rh., desto wirksamer die Methode. Bei acutem Gelenkrheumatismus wirkt sie oft überraschend schnell, ebenso bei Lumbago. Die Mendel'sche Lösung lautet:

Rp. Natr. salicyl. 8,0
Coffein. natr.-salicyl. 2,0
Aq. dest. ad 50,0

(Münchener med. Wochenschrift 1904 Nr. 45.)

- **Velosan, ein neues Salicylpräparat zu äusserlichem Gebrauch**, empfiehlt Dr. J. Jacobson (Berlin). Es ist dies eine von Lüthi-Brahtz (Berlin) mit Fetron hergestellte, angenehm riechende, gut haltbare Salbe, welche Salicyl und Salol enthält, sich gut einreiben lässt, ohne die Haut zu reizen, und rasch resorbirt wird,

(Therap. Monatshefte 1904 Nr. 12.)

- **Zur Serumbehandlung der Polyarthrititis** ergreift Dr. Emil Bibergeil (Berlin, III. medicin. Klinik) das Wort. Er benützte das Menzer'sche Antistreptokokkenserum (Merck), wandte es aber nicht bei acuter Polyarthrititis an, um nicht durch eine Serumbehandlung die ohnedies starken Beschwerden durch eine erneute Exacerbation zu vermehren und das oft schon beträchtliche Fieber weiter zu steigern. Solange wir in dem Salicyl und dessen Derivaten so wirksame Mittel besitzen, dürfen wir solchen Kranken das sonst so wirkungsvolle Antistreptokokkenserum vorenthalten, um es erst da zu verwenden, wo die Gelenkaffectionen stationär zu werden drohen. Das eigentliche Feld der Serumbehandlung sind die subacuten und chronischen (ohne stationäre Gewebsneubildungen) Fälle von Gelenkrheumatismus. Hier kann man mit dem Serum Heilerfolge erzielen. Wo in solchen Fällen die bei acuten Gelenkerkrankungen so prompt wirkenden Arzneimittel versagen und man seine Zuflucht bisher zur

Massage, Hydrotherapie, und Heissluftbehandlung genommen hat, da hat Autor mit dem Serum in kürzerer Zeit unzweifelhafte Besserungen, ja Heilungen beobachten können. Bei den hierhin gehörigen sechs Fällen trat nach jeder Injection prompt eine fieberhafte Allgemeinreaction ein; die Schmerzen in den befallenen Gelenken nahmen vorübergehend an Heftigkeit zu, um dann nach Ablauf der Reaction, in der Regel nach Verlauf von 24 Stunden, einer entschiedenen Besserung Platz zu machen. Bei diesen Fällen von subacutem Gelenkrheumatismus trat Heilung ein. Von chronischen Arthritiden ohne feststellbare stationäre Gelenkveränderungen wurden unter sechs Fällen vier geheilt, zwei nicht, obwohl bei allen sechs die Reaction eintrat. Bei der chron. Arthritis mit Veränderungen an den Gelenken wurden mit dem Serum gar keine Erfolge erzielt, obgleich auch hier auf jede Injection Allgemeinreaction erfolgte. Bei chronisch gewordenen Gelenkerkrankungen ist also nur dann ein Erfolg vom Serum zu erwarten, wenn der Entzündungsprocess noch nicht durch die Entzündung der Synovialmembran zu fibrösen, ja knöchernen Verbindungen der gegenüberliegenden Gelenkflächen und zu völliger Ankylose geführt hat. In einem Falle *chronischer ankylosirender Spondylitis*, also einer Affection, die sonst jeglicher Therapie trotzt, führte das Serum eine überraschende Besserung herbei, was zu weiteren Versuchen auffordert.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1904 No. 49.)

- **Der acute Gelenkrheumatismus** lautet das Thema, über das Prof. A. Baginsky spricht. Auf Grund seiner reichen Erfahrungen — er hat bis Ende 1903 im Krankenhaus 149 Fälle bei Kindern meist von 5—10 Jahren beobachtet — führt er die Symptome, Krankheitsbilder, Complicationen u.s.w. vor, bei letzteren hauptsächlich die Betheiligung des Herzens hervorhebend und in Bezug hierauf folgende Sätze aufstellend: „Das Characteristicum der Polyarthritidis rheumatica der Kinder ist die frühe und fast unausbleibliche Mitbetheiligung des Herzens.“ „Die (adhaesive) fibrinöse Pericarditis mit der Neigung zur bindegewebigen Umänderung der fibrinösen exsudirten und gewucherten Entzündungsproducte und völligen Verwachsung von Herz und Herzbeutel ist die eigenartige und hervorstechende anatomische Reaction des kindlichen Organismus auf den Reiz des rheumatischen Virus.“ Die betreffenden Kinder sterben vor Erreichung der Pubertät. Salicyl, das auf den Rheu-

matismus selbst entschieden günstig einwirkt, bleibt gegenüber dem Herzen durchaus wirkungslos. Auch alle anderen therapeutischen Versuche fielen negativ aus, nur Jodkali (in Dosen von 1—3 g pro die) schien in einzelnen Fällen von schwerer Peri- und Endocarditis die schweren entzündlichen Erscheinungen günstig zu beeinflussen.

(Berliner med. Gesellschaft, 9. XI. 1904. —
Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 47 u. 48.)

Scarlatina. Ueber **Nagelveränderungen nach Masern**

und **Scharlach** macht Privatdoc. Dr. E. Feer (Basel) Mittheilung. Schon bei einer grossen Scharlachepidemie in Basel 1887/88 beobachtete Autor Veränderungen an den Nägeln der Kranken, deren typisches Verhalten fast pathognomonisch erschien. Seither hat er oft und besonders während einer ausgedehnten Epidemie 1903/4 Gelegenheit gehabt, festzustellen, dass es hier um ein sehr häufiges und prägnantes Scharlachs symptom handelt, das auch Werth besitzt zur nachträglichen Diagnose von S. In typischen Fällen ist das Verhalten folgendes: 4—5 Wochen nach Beginn der S. zeigt sich an der Wurzel der Fingernägel auf der Nageloberfläche eine querverlaufende lineäre Furche, seltener ein entsprechender schmaler Wall. Mit dem weiteren Hervorwachsen des Nagels schiebt sich auch diese „Scharlachlinie“ weiter vor und ist 2 Monate nach Beginn des Scharlachs sehr deutlich geworden. Dem Wachsthum des Nagels entsprechend und mit ihm gleichen Schritt haltend, schiebt sie sich immer weiter vor, und da der normale Fingernagel etwa in $\frac{1}{2}$ Jahr von der Wurzel bis zum freien Rande auswächst, so wandert auch jene Linie in etwa $\frac{1}{2}$ Jahr bis zum freien Rande vor. Am deutlichsten pflegt sie an den Daumennägeln (und auch oft an der grossen Zehe) zu sein. Sie ist ferner im Allgemeinen um so deutlicher, je stärker der Nagel ist. Bei Erwachsenen ist sie also besonders prägnant; auch bei Kindern über 10 Jahren wird sie nur selten vermisst, wenigstens an den Daumennägeln findet sie sich, wogegen sie an den übrigen fehlen kann. Auch die Intensität des Exanthems ist von Einfluss auf die Stärke der Scharlachlinie. Bei jüngeren Kindern, am ehesten bei dünner Nagelbildung und nach schwachem Exanthem kann die Scharlachlinie nur angedeutet sein oder ganz fehlen. Solche Nagelveränderungen, die sich sicher erklären lassen als Analogon der Hautschuppung, fand Autor auch bei Masern. Doch sind sie hier durchschnittlich viel schwächer ausgebildet als

bei S. (sie besitzen aber den gleichen zeitlichen Ablauf) und ungleich seltener. Die „*Masernlinie*“ erscheint gewöhnlich als sehr flacher Wall, in der Weise, dass in der Zone gestörter Anbildung ein sanft terrassenartiger Anstieg des später gewachsenen Nagels sich einstellt, dessen Oberfläche oft rauher ist und weniger spiegelt als der Nagel peripher von der Linie. Oft fehlt jegliche Veränderung nach Masern, oder es fehlt die quere Nagellinie, und es zeigt der nach der Maserneruption gebildete Nagel nur eine rauhe Oberfläche und stärkere Längsriefen, als die periphere Nagelparthie. Die beschriebenen Nagelveränderungen gestatten bei Scharlach und Masern ziemlich genau die Zeit abzuschätzen, welche seit Beginn der Krankheit verflossen ist, sobald man sich vergegenwärtigt, dass der Nagel 5 bis 6 Monate zu seiner Erneuerung bedarf. Einen besonderen Werth besitzt die Scharlachlinie zur nachträglichen Diagnosestellung der Krankheit, zu einer Zeit, wo die acuten Symptome und die Abschuppung längst verflossen sind. Besonders werthvoll kann die Scharlachlinie werden, um eine Nephritis auf S. zurückzuführen, da wo letztere ohne ärztliche Hülfe abliefe.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 40.)

- **Keratitis parenchymatosa nach Scharlach-Diphtherie** beobachtete Dr. E. Wiegmann (Hildesheim). Die Keratitis trat in der fünften Woche der Erkrankung auf. Hornhäute dermaassen dicht getrübt, dass es kaum möglich war, die Iris zu erkennen; Gefässbildung nur mässig stark. Nach Behandlung mit Syr. ferri jod., heissen Umschlägen und Massage mit schwacher Präcipitatsalbe sehr bald Aufhellung, nach 4 Wochen nur noch erbsengrosse Trübung im Centrum der Corneae, nach weiteren 4 Wochen Hornhäute völlig klar.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 24. Nov. 1914.)

- **Urotropin als Prophylacticum gegen Scharlachnephritis** empfiehlt Dr. K. Patschkowski (Charlottenburg, Städt. Krankenhaus). Urotropin wurde dort in 52 Scharlachfällen gegeben, die einer äusserst bösartigen Epidemie angehörten. Von diesen 52 Fällen wurde bei 8 das Urotropin 10—21 Tage lang hintereinander in Dosen von 0,25 bei Kindern, 0,5 bei Erwachsenen, 3 mal täglich gegeben. In den übrigen 44 Fällen erhielten die Pat. das Mittel 3 mal je 4 Tage lang mit bestimmten Unterbrechungen in denselben Dosen, und zwar erstens am 1.—4. Tage, zweitens

am 9.—12. Tage, und endlich am 17.—20. Tage, wobei der Tag der Einlieferung ins Krankenhaus als erster Tag gerechnet wird. In der bei weitem grössten Anzahl der Fälle wurden die Pat. vor Ablauf des dritten Krankheits-tages eingeliefert. Von allen Patienten bekamen nur 2 (= 3,8 %) Nephritis, obwohl andere schwere Complicationen zahlreich auftraten. Schädlich wirkte Urotropin niemals ein. Jetzt wird bei jedem eingelieferten Scharlachfall Urotropin ordinirt. Es wäre vielleicht zweckmässig, auch bei septischen Processen (z. B. puerperaler Sepsis) das Mittel prophylaktisch gegen Nephritis anzuwenden.

(Therap. Monatshefte, 1904, Nr. 12.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Gibt

es sichere Zeichen der Schwangerschaft in den ersten Monaten? Diese Frage sucht O. v. Herff (Frauenspital Basel) zu beantworten und wendet sich zunächst gegen Sarwey, welcher jüngst gesagt hat: „Die fötalen Herztöne sind während des ganzen vierten und fünften Schwangerschaftsmonats, schon von der 12.—13. Schwangerschaftswoche ab, also um volle 7—8 Wochen früher, als dies bisher allgemein angenommen wird, durch die Auscultation nachweisbar, und zwar ist dies nicht nur ausnahmsweise, sondern vorausgesetzt, dass die geschilderten Vorsichtsmaassregeln genügende Beachtung finden, ganz regelmässig der Fall.“ v. Herff bestreitet das nun auf Grund seiner reichen Erfahrungen ganz entschieden. Ja seine zahlreichen Bemühungen, Herztöne der Frucht vor der Mitte der Schwangerschaft, etwa in der 16.—18. Woche oder noch früher nachzuweisen, sind durchwegs gescheitert, obwohl er ein sehr feines Gehör hat und alle Cautelen anwandte. Aber auch für die Zeit der Schwangerschaft vor Hörbarwerden der Herztöne oder vor dem Nachweis der Kindesbewegungen besitzt man sichere Zeichen dieses Zustandes, die auch für die spätere Zeit besonders wichtig werden können. So das Ballotement, das untrüglich für Schwangerschaft spricht, wenn es *innerhalb der Gebärmutter* selbst erfolgt. So ferner kräftige, ausgesprochene Zusammenziehungen des ganzen Uteruskörpers und regelmässiges Wachsen der Gebärmutter. Gewiss können sich gelegentlich sehr weiche Myome auch zusammenziehen, aber diese Zusammenziehungen sind, wenn allgemein, so doch nur undeutlich, nicht leicht erkennbar, mit kräftigen Uteruscontractionen gar nicht zu vergleichen. Noch sicherer ist der Nachweis, dass der Uterus in bestimmten Zeiträumen

gleichmässig wächst. Es gibt keine Geschwulst des Uterus, keine Hydro-, Pyo- oder Haematometra, die so rasch und gleichmässig wächst, wie der gravide Uterus, dessen regelmässiges Wachsthum man, wenn man alle 2—3 Wochen untersucht, sicher erkennt, — bei lebender Frucht. Bei todter Frucht verkleinert sich ja die Gebärmutter eher, ein werthvolles Zeichen für den Tod des Eies. Weniger sicher zu verwerthen ist die Verfärbung des Scheideneinganges und der Scheide. Wenn aber die Verfärbung sehr ausgesprochen ist, tief blauroth oder violett-purpur, wenn sie fleckig gut ausgebildet auftritt, zumeist in Streifen entlang den Vertiefungen zwischen den Falten der Haut, besonders auf dem Harnröhrenwulst, dann ist diese Erscheinung ein Zeichen, das ziemlich sicher für Schwangerschaft spricht. Nur ein einziges Mal hat Autor diese Flecken ausserhalb derselben, und zwar jenseits der Wechseljahre beobachtet; die Ursache war nicht festzustellen. Einfache, livide, bläulich-graue Verfärbungen sieht man auch ausserhalb der Schwangerschaft nicht so selten, zumeist bei Kreislaufstörungen, localer Stauung u. s. w.

(Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1904 Nr. 21.)

— **Zur Frage der secundären Damмнаht im Wochenbett**

äussert sich Dr. O. Düttmann (Montabaur). Auf Grund einer zwanzigjährigen Erfahrung stellt er die Behauptung auf, dass man zu jeder Zeit des Wochenbettes einen Dammriss nähen kann und nähen soll; die Erfolge sind überraschend gut und stehen ihnen eine eigentlich nur ganz geringe Zahl von Misserfolgen gegenüber. Letztere können verschiedene Ursachen haben. Einmal kann durch die Länge der Zeit schon eine Gewebsveränderung eingetreten sein, welche eine Wiederaufrischung erforderlich macht: diese Fälle sind die selteneren; meistens liegt der Misserfolg an einem zu frühen Durchschneiden der Fäden in Folge zu seichten Nähens oder in Folge unzweckmässigen Verhaltens der Frau. Letzteres namentlich ist sehr häufig, weil die übrigen körperlichen Beschwerden bereits geschwunden sind und die nöthige Geduld nicht mehr vorhanden ist. Aber auch das seichte Nähen muss vermieden werden; man nehme stets grosse Nadeln und führe sie möglichst tief durch die Gewebe. Autor habe sich nun folgenden Modus ausgebildet: „Leite ich die Geburt selbst, so richte ich mich nach dem subjectiven Befinden der Wöchnerin. Ist dasselbe tadellos, so nähe ich den Riss gleich; lässt dasselbe aber zu wünschen übrig (Erschöpfung

15*

in Folge langer Geburtsthätigkeit, Blutverlust u. s. w.), so lasse ich den Dammriss so lange in Ruhe, bis die Frau sich genügend erholt hat, ohne jede Rücksicht auf die Anzahl der etwa verfließenden Tage. In der Regel findet in solchen Fällen die Naht zwischen dem dritten und achten Tage p. p. statt. Complete Risse nähe ich niemals unmittelbar nach der Geburt, sondern erst am folgenden Tage, weil nach meinen Beobachtungen dieser Eingriff die Entbundene meistens zu stark angreift; die möglichste Ruhe nach der Entbindung ist, namentlich nach schwereren Geburten, für die Frau viel zu wichtig, als dass man nicht mit einem solchen Eingriff warten sollte, wo es doch ohne jeglichen Nachtheil geschehen kann. Habe ich die Geburt nicht selbst geleitet, so nähe ich, so lange mir nur irgend eine Möglichkeit der Verheilung gegeben scheint und greife erst bei offenkundiger Unmöglichkeit oder wiederholtem Misserfolg zur Plastik. Ich betone das Wort „wiederholt“; denn in einer grossen Zahl von Fällen habe ich nach 2- oder 3 maliger Naht noch Erfolg gesehen. Um etwaige Granulationen kümmere ich mich nicht; die Praxis hat gelehrt, dass man sie nicht zu entfernen braucht. Dass eine kräftige Antisepsis erforderlich ist, braucht wohl nicht weiter betont zu werden. Zur Naht verwende ich stets grosse Nadeln mit dicker Seide und führe die Nähte möglichst tief durch, nehme also möglichst viel Gewebe auf die Nadel. Entfernung der Fäden erst nach 8—10 Tagen. Sind sie vorher durchgeschnitten, wird sofort nochmals genäht. Besonderer Schutz der Naht ist nicht erforderlich; öftere Berieselung mit 1 proc. Lysollösung oder dergl. genügt völlig. Selbstredend setzt diese Behandlung ein gesundes Gewebe voraus; bei Oedem, Entzündung, Gangraen darf überhaupt nicht genäht werden vor völligem Ablauf des Processes. Geringes Oedem, das voraussichtlich in 24—36 Stunden verschwunden sein wird, inhibirt die Naht allerdings nicht, doch schneiden die Fäden leichter durch und dürfen deswegen nicht so fest zusammengezogen werden, als es wünschenswerth ist; immerhin ist aber die Verheilung meistens eine genügende und braucht man deswegen die Naht nicht unbedingt zu verschieben. Aufschläge von Bleiwasser oder essigsaurer Thonerde wirken hier sehr günstig.“ Was die Zeit der secundären Naht anbelangt, so fällt die übergrosse Mehrzahl innerhalb des dritten bis achten Tages p. p.; ein kleinerer Theil wurde angelegt bis zum Ablauf der zweiten Woche p. p. Bei allen diesen Nähten hatte Autor einen Erfolg von über 90 Procent zu

verzeichnen; bei einzelnen in der zweiten Woche fand allerdings eine Wiederholung statt. Die relativ kleine Zahl von Nähten nach Ablauf der zweiten Woche p. p. zeigte eine etwa gleiche Summe von Erfolg wie Misserfolg. Die Festigkeit des Dammes ist nach der secundären Naht durchaus nicht geringer als nach der primären; im Gegentheil hat es manchmal den Eindruck gemacht, als sei die Narbe der secundären Naht fester und widerstandsfähiger. Ein Wiederauseinanderweichen der Naht bei folgender Geburt hat Autor noch nie erlebt. Somit rechtfertigt die praktische Erfahrung die secundäre Dammnaht durchaus, und kann diese nur dringend empfohlen werden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 45.)

- **Cholecystitis im Wochenbett** beobachtete Dr. A. Christiani (Libau) 2mal. Er beschreibt die beiden Fälle und betont dabei die verschiedenen differentialdiagnostischen Schwierigkeiten, denen man hier begegnet. Irrthümer können event. bei fälschlicher Annahme eines Puerperalfiebers unnöthige Aufregungen verursachen, schädliche intrauterine Eingriffe zur Folge haben u. s. w. Bei dem ersten Falle, wo das Fieber am vierten Tage nach der Geburt unter Schüttelfrost über 40° stieg, um mit starken Morgenremissionen unter Schweissen sich eine Woche auf der Höhe zu halten, wo geringer Meteorismus, rechts im Parametrium eine unbestimmte schmerzhaft Resistentz (Periphlebitis von inficirten Venenthromben?), Erbrechen, Obstipation vorhanden waren, lag wohl die Diagnose Pyaemie sehr nahe. Auch der Verlauf sprach in keiner Weise dagegen. Doch zwei Momente passten in das Bild der puerperalen Infection nicht hinein: das sehr häufige gallige Erbrechen bei kaum ausgesprochener peritonealer Reizung und der volle, langsame Puls. Hätte es sich aber statt um Cholecystitis schon um Empyem der Gallenblase gehandelt, so hätte auch der Puls keine Aufmerksamkeit erregt, die Diagnose wäre noch schwieriger gewesen, vielleicht zum grossen Schaden für die Kranke. Denn es kann nicht nur event. Ruptur der Gallenblase eintreten, sondern es kann auch von der Gallenblase her zur universellen Pyaemie kommen. Das Lebergewebe ist in der Gravidität ja schon durch die an dasselbe gestellten Anforderungen des erhöhten Stoffwechsels weniger widerstandsfähig. Die verringerte Widerstandskraft wird Infectionen gegenüber wohl erst recht in Frage kommen und damit Ueberwandern der Bakterien von den Gallenausführungsgängen auf die Gallenwege und das Lebergewebe

viel leichter zu Stande kommen, als im nicht puerperalen Zustande. Wenn man auch im Allgemeinen Temperatursteigerungen im Wochenbett auf puerperale Processe beziehen wird, darf man doch andere Erkrankungen nicht übersehen und namentlich, wenn manifeste Erkrankungen der Genitalorgane nicht vorhanden sind und es sich um Eiterfieber handelt, nicht vergessen, dass das Fieber z. B. auch von der Gallenblase ausgehen kann. Obiger zweiter Fall lag diagnostisch insofern einfacher, als die fieberhafte Erkrankung schon vor der Geburt begonnen hatte. Beide Fälle waren schwere Gallenblasenentzündungen. Es handelte sich offenbar um Ventilverschluss des Choledochus, wobei die Frage, ob der Inhalt schon eitrig geworden, sich schwer entscheiden liess. Jedenfalls konnte eine genaue Beobachtung von Puls und Leber ein Uebergreifen der Entzündung auf letztere noch ausschliessen und daher mit der Operation gewartet werden. Dieselbe erwies sich denn auch als überflüssig, die Fälle heilten ohne diese.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1904 No. 42.)

Stricture urethrae. Einen Beitrag zur Stricturebehand-

lung liefert Dr. F. Weitlaner. Der Pat. hatte schon öfter wegen seiner St. in Behandlung gestanden. Augenblicklich konnte er nur tropfenweise den Urin durchpressen, ein Zustand, der erst seit drei Tagen sich in immer erhöhtem Maasse ausgebildet hatte. Nachdem erst mit weichen und harten Kathetern versucht worden war, die an der Pars membranacea sitzende St. zu überwinden, nahm Autor die Metallbougie No. 6 (französ.) und wandte folgendes bimanuelle und, wie auch spätere Fälle bewiesen, recht zweckmässige Verfahren an. Die Metallbougie wurde wie gewöhnlich eingeführt, bis die Spitze von aussen mit der linken Hand nicht mehr controllirt werden konnte, also bis sie unter dem hier gewöhnlich gegen den Anus hin ausgiebigen Fettpolster gegen die Pars membranacea umbog. Nun wurde der Zeigefinger der linken Hand entsprechend vaselinirt in den Anus eingeführt, und so konnte, während die rechte Hand die Bougie tiefer einzuführen suchte, mit demselben die Bougiespitze genau controllirt und dirigirt werden. So wurde auf diese Weise die schwierige Stricture passirt. Auch die nächsten Tage gelang die Einführung über die Stricture nur auf besagte Art. Man kann nämlich mit dem interanal befindlichen Zeigefinger der linken Hand nicht bloss die Sondenspitze und ihren Weg genau beobachten, sondern direct die Sonden-

spitze dirigiren und den Spitzenantheil in der Medianlinie vorschieben, also einen Theil der von der rechten Hand zu beschaffenden Arbeit ausführen, welche selbstredend während der ganzen Zeit das Sondenende hält und mithilft. Da man mit dieser bimanuellen Methode die Bougiespitze bezw. den Metallkatheter bis zum Eintritte in die Pars prostatae beherrschen und auch den localfixirten membranösen Harnröhrenantheil gewissermaassen über die eindringende Spitze herüberziehen kann, so ist sie auch bei *Prostatikern* vorzüglich und erprobt. Nun stellte sich aber in obigem Falle bei dreimaligem Bougiren, wobei kein Fortschritt in der Sondendicke zu verzeichnen war, jedesmal heftiges Harnfieber ein, so dass die Sondirungen für weitere drei Tage gänzlich wegblieben und während derselben dreimal täglich 0,5 Urotropin gereicht wurde. Der Urin, in welchem sich neben Eiterzellen viele Phosphate befanden, wurde daraufhin klar, ging auffallend leichter, und am vierten Tage konnte man sofort Bougie No 14 einführen. Es zeigte sich ausser dieser auffallenden Erscheinung aber noch ferner, dass bei fortgesetztem Urotropingegebrauch kein Harnfieber mehr auftrat und die Sondirung glücklich zu Ende geführt werden konnte. Es dürfte dieser Fall allein schon ermuntern, das Urotropin bei jeder exacerbirten Stricture, welche in diesem Stadium fast immer aus einer narbigen mehr einer entzündlichen besteht, und bei jeder Sonden- oder Katheterbehandlung, wo sich Harnfieber zeigt, prophylaktisch und actuell anzuwenden. Das Urotropin darf zu unseren schätzenswerthesten Arzneimitteln gerechnet werden. Es bewährt sich nicht allein bei Cystitis und den hier beschriebenen Fällen, sondern ebenso bei Lumbago in Verbindung mit äusserlicher Campherchloroformvasogenanwendung, beim schmerzhaften Gürtelgefühl der Tabiker und bei spinaler Neurasthenie, hinter welcher sich oft eine Phosphaturie verbirgt. Die Phosphaturie ist, wie allgemein bekannt, die specielle Urotropindomäne.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie, 15. Nov. 1904).

Tuberculose. Ueber Thiocol und Sirolin hat Dr. Szaboky (Gleichenberg-Arco) reiche Erfahrungen gesammelt, namentlich bei Lungentuberculose. Die Pat. bekamen 4 mal täglich 0,5 g Thiocol, von Sirolin (das seltener ordinirt wurde) 3—4 Theelöffel. In den Anfangsstadien der Phthise wurde in 4—6 Wochen Besserung, ja volle Heilung erzielt. Auch in vorgeschrittenen Stadien waren die Resultate

zufriedenstellend, und in sehr schweren Fällen wurde der Appetit wenigstens gebessert, das Fieber nahm ab, die Abmagerung sistierte u. s. w. Bei Kehlkopf- und Darmtuberculose bewährte sich Thiocol ebenfalls recht gut, und da es zudem gern genommen wird und keinerlei unangenehme Nebenwirkungen äussert, stellt es thatsächlich eine Bereicherung unseres Arzneyschatzes dar.

(Wiener klin.-therap. Wochenschrift 1904 No. 42.)

— **Zur Hetolbehandlung der T.** theilt Dr. O. Prym (Medicin. Universitätsklinik Greifswald) seine an 22 Fällen gemachten Erfahrungen mit. Nur ganz wenige, leichtere Fälle wurden durch diese Therapie gebessert. 9mal war gar keine Beeinflussung zu constatiren, 8mal traten sogar ungünstige Erscheinungen auf, welche dem Hetol sicher in die Schuhe zu schieben waren. — Zu anderen Resultaten kommt Dr. F. Schrage (Timmel), der die Landerer'sche Behandlung seit 1900 durchführte und so zufrieden damit war, dass er meint, dieselbe müsste Allgemeingut der Aerzte werden.

— Seine **Erfahrungen mit dem Antituberculosenserum Marmorek** führen Dr. H. Frey (Davos) dazu, als Lobredner für diese Methode aufzutreten, die er für unschädlich und recht wirksam erprobt hat. Er spritzt (an der Streckseite des Oberarmes) am 1. Tage 3 ccm, am 2. Tage 4 ccm, am 3. Tage 5 ccm ein, am 4., 5. und 6. Tage Ruhepause, am 7. Tage wurden 5 ccm, am 8. Tage 6 ccm, am 9. Tage 7 ccm, am 10. Tage 8 ccm, injicirt. Jetzt 8—10 Tage Pause, dann wieder Serie von 8 Einspritzungen und ebensoviel Ruhetage, Dosen von 8—20 ccm Serum.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 44.)

— **Die Zähne als Eingangspforte der T.** bespricht Prof. Dr. Partsch (Breslau) und beschreibt einen Fall, der grosses Interesse beansprucht, insofern bislang in keinem der in der Literatur niedergelegten Fälle eine so sorgfältige Beobachtung vom ersten Entstehen der Erkrankung an durchgeführt ist und so deutlich sich der Zahn als Eingangspforte der T. bei vollständigem Mangel anderer tuberculöser Erscheinungen erweisen liess. Das 14 $\frac{1}{2}$ jährige Kind stammt von gesunden Eltern und wies selbst weder Reste früher vorhandener noch augenblicklich bestehende andere Krankheitsherde auf, als afficirte Drüsen, die also aller Wahrscheinlichkeit nach einen primären tuberculösen Herd darstellten. Dieser

trat zunächst in Form einer chronischen Periodontitis an einem cariösen unteren Molaren auf: leichte Druckempfindlichkeit des Zahnes, Lockerung desselben, Schwellung des Kiefers, Schwellung der zugehörigen Lymphdrüsen. Von einer Veränderung des Zahnfleisches oder eitrigem Zerfall desselben war bei Beginn der Erkrankung keine Rede. Es bestand die Hoffnung, durch antiseptische Behandlung des Zahnes die Affection zur Heilung zu bringen. Nichts deutete damals auf die Schwere des Leidens hin. Selbst als die antiseptische Behandlung des Zahnes erfolglos blieb, konnte man noch keinen Verdacht schöpfen, sondern hoffte durch die ohne Schwierigkeit erfolgende Extraction des Zahnes die Ausheilung zu erwirken. Erst der weitere Verlauf klärte die wahre Natur des 'Processes auf. Das Ausbleiben des Schlusses der Extractionswunde, das Abstossen kleiner Knochenstückchen, trotz der ohne Gewalt-einwirkung erfolgten Entfernung des Zahnes, die Zunahme der anfangs sich zurückbildenden Drüsenschwellung, das Ueberspringen der Schwellung auf andere, benachbarte Drüsen, die steigende Auftreibung des Kiefers, die Lockerung der benachbarten, sonst gesunden Zähne erregten den Verdacht eines tieferen Leidens. Therapeutische Maassnahmen, welche in dem Fall einer einfachen Periodontitis mit Sicherheit bei Ruhe und gleichmässiger Temperatur die Erscheinungen zur Rückbildung zu bringen pflegen, erwiesen sich als erfolglos. Die mikroskopische Untersuchung des der Mundfläche entnommenen Secrets ergab kein entscheidendes Resultat. Die Beobachtung kleiner, gelblicher Einsprengungen in das Zahnfleisch und die die Mundfläche auskleidenden Granulationen, der erythematöse Zustand des Zahnfleisches, seine Schlaffheit und Lockerung, die allmählich zunehmende Verbreitung in die Umgebung liess über die Natur der Erkrankung keinen Zweifel mehr. Dazu kam das Verhalten der Drüsen. So oft bei einfacher chronischer Periodontitis die Drüsen schwellen, erkranken doch nur die Drüsen, in welche die Lymphe von dem erkrankten Zahn eingeführt wird. Ein Ueberspringen der Erkrankung auf andere Drüsengruppen wird dabei nie beobachtet, und gerade dadurch wurde die Annahme eines sich selbständig in den Lymphbahnen fortpflanzenden Giftes wahrscheinlich gemacht. Die Operation gab dann den sicheren Beweis für die tuberculöse Natur des Leidens. Das tuberculöse Gift war offenbar durch den cariösen Zahn eingedrungen und hatte eine tuberculöse Periodontitis erzeugt, die von dem Wurzelloch aus sich quer durch den

Kiefer fortpflanzte und tuberculöse Infection der benachbarten submaxillaren Lymphdrüsen erzeugte, von der aus dann selbständig die Tuberculose auf eine der oberen Halsdrüsen und die submentalen Drüsen übersprang.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 39.)

- **Die Behandlung des Lupus durch den prakt. Arzt nebst histologischen Untersuchungen** bespricht Dr. Dreuw (Hamburg, Unna's Dermatologicum) und tritt zunächst warm für seine Methode der Lupusbehandlung ein, die jeden prakt. Arzt in den Stand setzt, den Lupus erfolgreich zu behandeln. Er lässt die lupösen Stellen erst mit Chloraethyl schneeweiss vereisen und dann mit Acid. hydrochloric. crud. (jetzt auf Unna's Rath stets mit Acid. hydrochloric. crud. saturat. cum Chloro*) gründlich einreiben. So hat er bisher 25 Fälle mit Erfolg behandelt. Das Einreiben der lupösen Stellen geschieht in der Weise, dass man mit Watte umwickelte Holzstäbchen in die chlorthaltige Salzsäure eintaucht. Nachdem man mit Chloraethyl die lupösen Stellen schneeweiss vereist, reibt man sofort die Eisfläche gründlich ein mit den salzsäurehaltigen Wattebäuschchen, so lange, bis eine grauweisse Verfärbung der Knötchen auftritt (Reaction). Diese grauweisse Verfärbung entsteht zunächst dort, wo sich Knötchen befinden und erst in zweiter Linie auf der dieselben umgebenden Haut. In letzter Zeit hat Autor derartige Aetzungen auch in Chloroformnarkose gemacht und zwar a) bei Lupus multiplex, b) bei Lupus der Nasenhöhle, der Lippen und bei tuberculösen Abscessen und Fisteln, c) falls das Vereisen nicht vertragen wurde (nervöse und empfindliche Patienten) oder eine energische Aetzung sich als nothwendig erwies (tuberculöse Ulcera mit eitrigem Belag, Lupus hypertrophicus und verrucosus). Sofort nach der Aetzung wird die behandelte Stelle mit einem Pulver bestreut. Am besten hat sich Euguform (chem. Fabrik Güstrow) bewährt. Ein Verband ist meist unnöthig. Nur falls die Aetzung unterhalb des Auges erfolgt, empfiehlt sich ein Verband, damit durch die Thränen die später entstehende Borke nicht aufweicht. Bei circumscriptem Lupus empfiehlt es sich, die Epidermis gründlich zu ätzen, jedoch nicht vollständig dieselbe zu zerstören, da sich sonst Narben bilden. Es ist besser, einige Mal mehr eine Flächenätzung zu machen und nachher die sogenannte Punctalätzung anzuwenden. Tritt Schmerz bei

*) Zu beziehen von der Schwanapotheke in Hamburg.

der Aetzung auf, so weicht derselbe einer erneuten Chloräthylianwendung. Es empfiehlt sich, die Watte verschiedentlich in HCl einzutauchen, da durch die schmelzenden Eiskrystalle die Salzsäure verdünnt wird. Zum Schutz der umliegenden Haut drückt man zweckmässig mit der linken Hand einen Wattebausch gegen die erstere, um etwa abfallende Tropfen der ätzenden Flüssigkeit aufzufangen. Instrumente, Messer etc. werden durch die HCl stark angegriffen, selbst wenn sie in der Nähe sich befinden. Nach den Flächenätzungen bildet sich nach 1—2 Tagen ein graubrauner Schorf, der nach weiteren 2—4 Wochen abfällt. Zu gleicher Zeit mit dem Schorf fallen eine Reihe von Lupusknötchen und zwar zunächst die oberflächlich gelegenen aus, während die tiefer gelegenen noch als solche bestehen bleiben und nachher mit dem Diaskop als braune punktförmige Gebilde erkennbar sind. Falls sich mehrere derselben zusammenfinden, so wird noch 1—3 mal alle 3—4 Wochen eine Flächenätzung vorgenommen, und man erhält so bei einem nicht allzu grossen Lupus im Verlauf von 3—6 Monaten an Stelle des Lupus ein mit Epidermis bekleidetes Gewebe (Lupusfibrom), in welchem nur noch vereinzelte, event. auch gar keine Knötchen mehr vorhanden sind. Sind noch vereinzelte vorhanden, die in diesem Falle mit dem Diaskop*) nachgewiesen werden, so entfernt man dieselben durch Punctalätzung. Zu diesem Zwecke hat Autor schräg zugespitzte Glasröhrchen**) angegeben, die aus einem 4 mm breiten, zugespitzten und geschärften Glasrohr bestehen. Vor der Anwendung taucht man mehrere solcher Röhrchen in Acid. hydrochlor. satur. c. chloro. Durch Capillarattraction steigt die Salzsäure in das Rohr und dieses wird dann während der Vereisung oder bei Vorhandensein von vielen Knötchen in Narkose in dieselben eingedrückt. Beim Vorhandensein von vielen sucht man sich dieselben vor der Narkose oder Vereisung mit dem Diaskop auf, bezeichnet jedes einzelne durch einen schwarzen Punkt mit Hülfe eines in Spirituslack getauchten zugespitzten Streichhölzchens. Dann erst sticht man auf die schwarzen Punkte ein. Nach Stillung der selten eintretenden Blutung macht man mit einem neuen Röhrchen nochmals einen Einstich, um eine energische Wirkung zu erzielen. Falls sich die Spitzen der Gläschen verstopft haben, müssen sie durch Blasen wieder geöffnet werden.

*) Ebenda zu beziehen (Preis 60 Pf.).

**) Vorräthig bei Bolte, Hamburg, Rathhausstr 20.

Die isolirten Knötchen müssen mindestens 1 cm von einander entfernt liegen, da sonst die Aetzungszonen mit einander confluiren. Autor demonstriert die Abbildungen einiger Fälle und histologischer Präparate und zeigt, wie alles darauf hindeutet, dass die Methode wirklich zur Heilung des Lupus führt (namentlich wenn es sich um frische Fälle handelt) und dabei so einfach und billig wie nur möglich ist, dass aber auch veraltete Fälle zu einem kosmetischen und hoffentlich auch zu einem Dauerresultat geführt werden. Letzteres kann natürlich noch nicht behauptet werden, wenngleich Autor schon drei Pat. über ein Jahr ohne Recidiv beobachtete. Da das Verfahren mit relativer Schmerzlosigkeit eine momentane energische Wirkung vereinigt, genügen zur Radicalbehandlung des Lupus in der Regel nur wenige Sitzungen, welche von einander getrennt sind durch Perioden des Abheilenlassens. Die Beschwerden nach dem Eingriff sind nur von kurzer Dauer, die Nachbehandlung ist eine leichte.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 47.)

Vermischtes.

- Herr Dr. Ad. Rasp, Districtsarzt in Plan (Böhmen) schreibt uns:
Aristochin: Wirkte stets prompt bei Kindern (der Preis ist auch hier wohl nicht zu hoch: ca. 1 Krone ein Gramm, wenn man bedenkt, dass man pro Dosis 0,10 benöthigt) in folgender Zusammensetzung:

Rp. Aristochini 1,0
 Sacch. albi 4,0
 Div. in dos. Nr. X
 DS. tägl. 2—3 Pulver.

Nach Erhalt des Pulvers lasse ich die Kinder ordentlich gewöhnliches Trinkwasser nachtrinken, event. nach dem Trinken den Mund ausspülen, um etwaige Reste zu beseitigen. Sodann bekommt der kleine Patient einen Kaffee- oder Kinderlöffel voll von:

Rp. Acid. hydrochl. dilut. 0,50
 Aq. dest. 90,0

Syrup. rub. Jd. 14,0

DS. Nach dem Pulver ein Kaffee- resp. Kinderlöffel voll zu nehmen.

Dadurch habe ich bezweckt, dass das Kind absolut keinen bitteren Geschmack bekommt und sich gegen die Medication nicht sträubt. Die antipyretische Wirkung war stets prompt und höchst zufriedenstellend.

- Einen **Mandelquetscher** hat Arth. Hartmann (Berlin) im Medicin. Waarenhause anfertigen lassen. Er besteht aus einer an einem Stiele befestigten Metallkugel. Autor hat ihn seit 1 Jahr fast täglich in Gebrauch und ist erstaunt, wie oft sich aus den Mandeln etwas ausquetschen lässt, bald eitrig-seröse Flüssigkeit, bald käsige, krümelige Massen, die sogen. Mandelpfröpfe. Bei üblem Geruch aus dem Munde, bei allen Halsbeschwerden, bei Gefühl von Fremdkörpern, von Kratzen, von Schmerz im Halse, bei Verschleimung sollten bei der Erforschung des Herdes die Mandeln nicht unberücksichtigt bleiben, und sollte ihr Inhalt durch Ausquetschen festgestellt werden. Die Mandeln selbst zeigen bei der Pfropfbildung nicht selten gar keine Vergrößerung und keinerlei entzündliche Erscheinungen. Die Pfröpfe entwickeln sich nach Mandelentzündungen und disponiren zum Auftreten von Entzündung durch ihr Bestehen, resp. durch von ihnen ausgehende Reizung. Man findet ferner besonders die jugendlichen Pfropfträger von blassem Aussehen, schwächerer Constitution mit Neigung zu Katarrhen. Autor hält es für sehr wahrscheinlich, dass durch Toxinbildung in den Pfröpfen und Aufnahme von Toxinen in den Körper ein ungünstiger Einfluss auf den Gesundheitszustand ausgeübt wird. Ausserdem dürfen wir annehmen, dass gerade die in entzündlichem Zustande befindlichen Mandeln die Eingangspforte für die verschiedensten Infektionskrankheiten bilden. Die Ansammlung käsiger Massen kann auch zu heftiger Entzündung und Geschwürsbildung auf der Oberfläche der Mandel Veranlassung geben, welcher Process erst nach wiederholtem Ausquetschen rasch zur Heilung gelangt. Ein Pat. litt seit $\frac{1}{2}$ Jahr an Ohrschmerzen, die allen Mitteln widerstanden; beim Ausquetschen der Mandeln entleerten sich käsige Massen und serös-eitrig-e Flüssigkeit, und seitdem sind die Ohrenscherzen verschwunden. Kleine Ansammlungen im unteren Theil der Mandeln können so

heftige Schmerzen verursachen, dass das Schlingen erschwert wird. Das Ausquetschen findet hauptsächlich statt durch Druck auf den vorderen Gaumenbogen, besonders auf die obere Umbiegungsstelle, da sich gerade im oberen Theile der Mandeln am häufigsten Flüssigkeitsansammlung und Pfropfbildung findet; ausser von der Vorderfläche aus kann auch von der Medianfläche, von unten, oben, hinten der Druck ausgeübt werden. Ein Abgleiten des Instruments ist nicht schlimm, auch kleine Blutextravasate, die beim Druck event. entstehen, sind ohne Bedeutung.

(Medicin. Klinik 10. Decemb. 1904.)

- 3 Fälle von Pruritus nach Tabakgenuss publicirt Dr. Bottstein (Hamburg). Man hat also bei Pruritus event. an diese Aetiologie zu denken und dem Abusus tabaci ein Ende zu machen.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie, 15. Nov. 1904.)

Bücherschau.

- Als Bd. 32 von Lehmann's Medicin. Atlantën ist erschienen: R. Hecker und J. Trumpp: **Atlas und Grundriss der Kinderheilkunde** (München 1905, Verlag von J. F. Lehmann, Preis: Mk. 16.—). Es war ein glücklicher Gedanke der beiden bekannten Münchener Paediatern, auch der Kinderheilkunde einen Atlas zu widmen. Haben doch so und so viele Mediciner während des Studiums nur recht spärliche Gelegenheit, kranke und abnorme Kinder vor sich zu sehen. Solchen Aerzten wird dieser Atlas mit seinen prächtigen, der Natur ausgezeichnet abgelauchten Bildern eine hochwillkommene Gabe sein. Aber auch die anderen Collegen werden es freudig begrüßen, hier einen kurzen, sehr gut ausgearbeiteten Grundriss der Kinderheilkunde in die Hand zu bekommen, einen Grundriss, der sich noch dadurch besonders auszeichnet, dass das Gesagte noch begleitet wird von überaus lebenswahr gezeichneten und in ganz hervorragender Weise reproducirten Illustrationen, 48 farbige Tafeln und 144 schwarze Abbildungen, recht zweckmässig ausgewählt, schmücken das Werk. Klinische

Krankheitserscheinungen, Missbildungen, Operationen, mikroskopische Bilder, pathologisch-anatomische Präparate, — alles wird dem Leser vor Augen geführt. Das Werk stellt ein paediatrisches Unterrichtsmittel ersten Ranges dar und dürfte weiteste Verbreitung finden. — Gleichzeitig erschien in dritter Auflage Bd. 16 der „Medicin. Atlanten“, O. Zuckerkindl's **Atlas und Grundriss der chirurgischen Operationslehre**. Man kann hier wirklich von einer „vermehrten und verbesserten“ Auflage sprechen, denn durch Vermehrung um 8 farbige Tafeln und 31 schwarze Illustrationen ist eine wesentliche Ausgestaltung des Werkes erfolgt, das mit seinen 46 farbigen Tafeln und 309 Abbildungen im Text — welch letzterer einen sehr brauchbaren Grundriss der Operationslehre darstellt — eine Zierde unserer chirurgischen Literatur darstellt. Der auffallend billige Preis (Mk. 12) ermöglicht jedem Praktiker die Anschaffung desselben.

- **Arthur Imhoff**, ein neuer Roman von Hans Land (S. Fischer, Verlag, Berlin. Preis Mk. 3,50) führt uns in das Milieu eines berühmten Berliner Chirurgen, aus dessen Leben eine tragische Episode geschildert wird. Es ist ein guter, dabei spannender und interessanter Roman, der auch das Interesse jedes anderen Lesers in hohem Grade zu erwecken geeignet ist, auf Aerzte aber sicherlich einen besonderen Reiz ausüben dürfte.
- Endlich ist das Werk W. Czermaks: *Die Augenärztlichen Operationen* (Verlag von K. Gerold's Sohn in Wien) abgeschlossen, indem die Schlusslieferungen 16 bis 19 erschienen sind. Lange hat es gedauert, ehe es soweit kam, nun aber haben wir dafür für unsere Literatur ein Werk gewonnen, welches uneingeschränktes Lob verdient und zu dem Besten gehört, was in dem betreffenden Fache geschrieben worden ist. Es gewährt einen vortrefflichen Ueberblick über die Gesamtheit der operativen Methoden und Verfahren und führt dem Leser in Wort und Bild alles so präcis und klar vor Augen, dass es auch für den prakt. Arzt ein Genuss ist, in die Materie einzudringen und sich Kenntniss von dem zu verschaffen, was die moderne Augenheilkunde leistet.
- Theil II vom **Reichs-Medicinal-Kalender**, herausgegeben von Prof. Schwalbe, ist erschienen (Verlag von G. Thieme, Leipzig), wie alljährlich mit Sehnsucht erwartet von zahl-

reichen Collegen, welche namentlich in dem sorgfältigst bearbeiteten Verzeichniss der Aerzte so und so oft nachschlagen. Aber auch die anderen Theile des stattlichen Buches (Gesetze, Gerichtsentscheidungen, Erlasse, Vereine u. s. w.) bieten grosses Interesse. Wieder ist der Herausgeber bestrebt gewesen, den Inhalt dieses Abschnittes zu vermehren, so dass sicherlich auch in diesem Jahre der Kalender überall Anerkennung finden dürfte.

- Ein neuer Kalender, sehr praktisch und brauchbar, gelangte dies Jahr zum ersten Male zur Ausgabe: Dr. Bierbach's **Schreibtisch-Kalender für Aerzte**. (Verlag von E. H. Fr. Reisner, Leipzig). Schlägt man das elegant ausgestattete Buch auf, so findet man im Inneren zwei gesonderte Theile: rechts einen Abreisskalender grossen Formats mit Einzelblättern für jede Woche, links ein 180 Seiten starkes Buch, in welchem, alphabetisch geordnet, die mannigfaltigsten Dinge, die der Arzt oft rasch wissen will, verzeichnet sind. Bezugsquellen für allerlei medicinische Gegenstände, deren Preise, gesetzliche Vorschriften, Literatur über wichtige Gegenstände, sämtliche medicinische Zeitschriften, Angaben über Atteste, Heilanstalten, Fortbildungswesen, Versicherungen, Institute u. s. w. Wir halten die Idee für eine recht glückliche, die Ausführung für durchaus gelungen, und glauben, dass dieser Kalender bald auf jedem Arzt-Schreibtisch liegen wird.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

März

XIV. Jahrgang

1905.

Agrypnie. Eine weitere Mittheilung über die Wirkung des Veronal macht Oberstabsarzt Dr. Pfeiffer (Wiesbaden). Veronal bewährt sich besonders bei der im Gefolge der Influenza auftretenden A. und bringt einen dem natürlichen Schläfe sehr ähnlichen hervor, ohne am nächsten Tage unangenehme Nebenwirkungen zu zeigen, wenn — die Dosis nicht zu hoch genommen wird. 0,5 g kann als mittlere Dosis gelten, die Dosis von 1 g sollte nicht überschritten werden, selbst dann nicht, wenn jene Dosen nicht gleich Schlaf bringen. Letzterer tritt nicht immer so rasch ein, sondern manchmal erst nach Stunden, ist dann aber erquickend. Man gebe also nicht, wenn man nicht gleich Schlaf erzielt, ohne weiteres eine 2. Dosis, namentlich aber gehe man nicht über 1 g hinaus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 51.)

- Einen Beitrag zur Wirkung des Veronals liefert Nervenarzt Dr. Kress (Rostock). In einer Reihe von schweren Agrypnien bei Neurasthenischen und Hysterischen hat Autor das Mittel angewandt. Zweifellos besitzt dasselbe den Vorzug der durchschnittlich prompten Wirkung und des Mangels unangenehmer Neben- und Nachwirkungen. Da Autor jedoch unter 12 Fällen von Neurasthenie 3 erlebte, bei welchen nach abendlichen Dosen von 0,5 g Veronal schon am dritten resp. vierten Tage eine cumulirende Wirkung sich zeigte in Form einer pathologischen, über mehrere Tage sich erstreckenden Schlaftrunkenheit mit

consecutiver äusserst mangelhafter Nahrungsaufnahme und Unfähigkeit, das Bett zu verlassen, so erscheint doch eine gewisse Vorsicht bei der Medication rathsam. Solche consecutive Störungen indiciren bei schweren Neurasthenieen zur Genüge, von diesem Hypnoticum abzusehen, sobald die ersten Anzeichen der cumulativen Wirkung auftreten.

(Therap. Monatshefte, Januar 1905.)

— **Ueber Neuronal** publicirt K. Schulze (Stadtkrankenhaus Dresden-Friedrichstadt) seine Erfahrungen, die er in folgenden Schlusssätzen zusammenfasst:

1. Neuronal wirkt in Gaben von 0,5—1,0 g günstig in den meisten Fällen von A., soweit nicht starke Schmerzen oder andere Beschwerden heftiger Art complicirend wirken.
2. Auf Kopfschmerz hat es keinen Einfluss.
3. Bei Epilepsie scheint es die Zahl der Anfälle herabzusetzen.
4. Eine cumulative Wirkung findet offenbar nicht statt, eher eine gewisse Abschwächung bei länger fortgesetztem Gebrauch.
5. Leichte Nebenwirkungen kommen gelegentlich vor, sind aber selten und gefährden nicht den Patienten.

(Die Therapie der Gegenwart, Januar 1905.)

Asthma. Asthmacuren mit Geheimmitteln und Patentmedicinen. Von Dr. G. A v e l l i s. (Schluss).

III. Atropinanwendungen.

Seit Trousseau, Riegel, v. Noorden auf die Wirksamkeit des Atropins bei innerlichem Gebrauche gegen gewisse Fälle nervös-secretorischer Vorgänge in den oberen Luftwegen aufmerksam gemacht haben, haben einige Erfinder einen Umweg gefunden, auf dem das Atropin in Form von Inhalationen dem Körper einverleibt werden kann, wobei die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen ist, dass eine örtliche, kräftige Wirkung auf die Schleimhäute der oberen Luftwege erzielt wird, schon bevor das Mittel in den Kreislauf aufgenommen wird. Wenigstens sprechen des Autors eigene Erfahrungen dafür. Der Vater dieses Gedankens ist Tucker, der von London aus unter dem Namen „Onaway“ eine 1%ige Atropinlösung vertreibt, die in einer öligen Flüssigkeit gelöst und mittels eigenen „Nebelapparates“ in die Nase zerstäubt wird (Preis 64 Mk.). Auch Brügelmann bringt eine Atropinlösung (mit Cocain,

Glycerin etc.) und einen Sprayapparat in den Handel (Preis: 20 Mk.), desgleichen ein Frankfurter Arzt einen *Chinatrocine-Asthmaspray* (Preis: 8 Mk.), bestehend aus: Cocaextract 50 g, Belladonnaextract, Kalisalpeter, Extract. Stramon., Extr. Grindel., Glycerin, Wasser, Carbonsäure, und einen Zerstäuber „*Chinatrocine-Atomizer*“. Mit diesen Sprays erzielt man thatsächlich bisweilen Erfolge (natürlich nur palliative), die Nebenwirkungen (Austrocknung des Halses etc.) stellen sich rasch ein, aber in gelinderer Form, als bei innerlicher Atropinecur.

IV. Cholewa's „*Apnot*“ ist ein Merck'sches Präparat. genannt „*Periplocin*“, ebenfalls mit Zerstäuber („Union-Zerstäuber“) in die Nase einzubringen. Dem Periplocin ist Glycerin, Wasser, Jodnatrium, Mentholspiritus, Pyridin beigemischt (4 Mk.). Ein eigenes Urtheil hat Avellis darüber nicht. —

Alle genannten Mittel sind keine Schwindelpräparate, sondern Combinationen von auch ärztlicherseits seit langem angewandten Arzneien, nur sind sie „patentirt“ und in ein gewisses Dunkel gehüllt, zu welchem Zwecke — ist wohl klar genug. Wir Aerzte müssen sie einigermaassen kennen, um dem Pat. Rede und Antwort zu stehen, der zu seinem Arzt bei event. „Unwissenheit“ kein Vertrauen mehr hat. Auch werden wir ab und zu doch gezwungen sein, jene Medicinen selbst zu verordnen.

Avellis' Erfahrung nach ist die wirkliche Behandlung des nervösen Asthmas nur in einer dazu eingerichteten Specialheilanstalt möglich, wo allein der psychische Einfluss des ärztlichen Erziehers, die Controlle des Stoffwechsels, der Hautthätigkeit, die Abgewöhnung von Morphinum, Stramonium, fehlerhafter Lebensweise, gewisser Idiosynkrasieen, die Erziehung zur Athemgymnastik, rhinologische Behandlung etc. gewährleistet werden kann. Die Zeit rückt hoffentlich bald heran, wo die praktischen Aerzte einsehen werden, dass ein Asthmatiker nicht an den Bronchien krank ist, sondern an seinem ganzen Nerven- und Cerebralsystem mit speciellen Ausbruchserscheinungen im Vagusgebiet, und dass sie den Patienten, vor allem auch schon den asthmaleidenden Kindern, eine vielmonatliche Behandlung in einer Anstalt anrathen werden.

Als Wegweiser durch das wegen der starken Lobpreisungen ihrer Verfertiger kritisch schwer zu beurtheilende Gebiet der Asthmageheimmittel mögen folgende Erfahrungen dienen:

1. Wenn ein Asthmaanfall mit reichlicher Schleimabsonderung endet und dadurch Erleichterung eintritt, so sind alle Jód enthaltenden Präparate am Platze.
2. Wenn auch nach dem Asthmaanfall keine oder nur trotz alles Hustens eine minimale Schleimproduction stattfindet, dann ist Jod werthlos und Atropin resp. Belladonna zu versuchen.

Die durch Jod zu bessernden Fälle sind viel häufiger, als es uns gegönnt ist, mit Atropin (sei es in Form einer Atropinperlencur oder in Gestalt des Atropinatomizers, einen auch nur mässigen Ansprüchen genügenden Erfolg zu erzielen.

3. Die Räucherpulver wirken alle ähnlich. Manchmal tritt eine Art Gewöhnung ein und ein anderes Fabrikat bringt Erleichterung, dessen Zusammensetzung dem ersten sehr ähnlich war. Besonders wirksam sind die Räucherungen bei Kindern, deren in den ersten Stunden des Schlafes auftretende kleine Hustenattaquen durch eine minimale Räucherung bekämpft werden können, ohne dass die kleinen Patienten aufwachen.

Energisch aber sollte der Arzt gegen die unnütze Räucherwuth Front machen, wenn Patienten, auch Kinder, bei jeder kleinen Beklemmung allabendlich vor dem Schlafengehen und oft nur aus Furcht vor einem künftigen Anfall räuchern. Dadurch wird das ohnehin schon sehr irritirte Hustencentrum in ganz unnützer Weise gereizt und gequält.

Endlich noch ein Erfahrungssatz:

Wenn das Krankheitsbild in der Form einzelner verstreuter Attaquen mit längeren Pausen auftritt, dann ist die Anwendung asthmacoupirender Mittel ziemlich erfolgreich, wenn aber die Brust niemals frei von Geräuschen ist, eine Absonderung von Schleim nicht stattfindet (weil keiner da ist!), die Beklemmung eine dauernde ist, die sich allmählich oder in längeren Pausen zu mehrstündiger Engbrüstigkeit steigert und ganz allmählich in das typische Asthmabild (ohne Cyanose!) übergeht, dann ist weder von Jod, noch von Atropin, noch von Stramonium etwas zu erwarten. Da müssen ganz andere Heilfactoren in Scene gesetzt werden, und auch dann gelingt es manchmal der Zeit, seltener dem Arzt, einen dauernden Erfolg zu erzielen.

(Münchener m. d. Wochenschrift 1904 No. 43.)

Augenentzündungen. Ueber **Trigemin** theilt Birnbacher (Graz) mit, dass das Mittel bei Ciliarschmerzen jeder Art rasch und sicher wirkt, speciell aber bei schwerer Cyclitis und beim acuten Glaukomanfall prompte Wirkung entfaltet. In der Regel genügt eine einmalige Dosis von 0,25 (am besten in Gelatine kapsel) zur Beseitigung der Schmerzen.
(Centralbl. f. prakt. Augenheilk. Novemb. 1904.)

- **Zur Behandlung schwerer ekzematöser Hornhauterkrankungen**, verbunden mit Ekzem der Haut, Lichtscheu, Thränenfluss u. s. w., empfiehlt E. Emmert folgende Salbe als sehr wirksam:

Rp. Protargol 2,0
Hyoscin. hydrobrom. 0,05 (Eumydrin 0,1)
Vaselin. (s. Lanolin.) 40,0

Man streicht sie auf Leinwand und applicirt sie so über den Augen, den Verband alle 12 Stunden erneuernd.

(Ibidem.)

- Ueber einen **durch Vibrationsmassage geheilten Fall von Dacryoadenitis chronica** berichtet Dr. J. Dreyfuss (Kaiserslautern). Der 13 jährige, im Uebrigen ganz gesunde Pat. ist seit 3 Wochen mit der Affection behaftet, die sich beiderseits etablirt hat. Im äusseren oberen Winkel der Orbitalhöhle je ein höckeriger, harter, unempfindlicher Tumor von etwa Haselnussgrösse. Trotz geeigneter Therapie Grössenzunahme derselben, bis mit elektrischer Vibrationsmassage begonnen wird (3 mal wöchentlich je 5 Minuten); von da ab sofort Rückgang der Geschwülste und baldiges Verschwinden.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 Nr. 2.)

- Ueber **die Heilung des Trachoms durch Radium** bringt Prof. Dr. Herm. Cohn (Breslau) eine vorläufige Notiz. Er besorgte sich einen 1 mg wiegenden Krystall von Radiumbromid, liess ihn in ein dünnes Glasröhrchen von 3 cm Länge und 2 mm Durchmesser einschmelzen und berührte damit jedes Korn bei Trachom und Follicularkatarrh im oberen und unteren Lide. Jeden Tag wurden die Körner 10—15 Minuten belichtet, und sie verschwanden in überraschend kurzer Zeit, während sie vorher monatelang erfolglos behandelt worden waren. Autor verfügt bisher nur über 3 Fälle; aber die schnelle und schmerzlose Beseitigung derselben durch das Radium sollte doch zu weiteren Versuchen anregen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 1.)

Blutungen. Ueber **Suprarenin** (Höchst) lässt sich Dr. Hamm, Specialarzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten (Braunschweig) aus. Er hatte vorher verschiedene Nebennierenpräparate versucht, aber stets schwankende Erfolge gehabt und Nachblutungen mehrfach gesehen. Erst seitdem er Suprarenin (Höchst) benützt, hat er andauernd gute Resultate, ohne je eine unangenehme Neben- oder Nachwirkung gesehen zu haben. Die guten Erfolge des Suprarenins erstrecken sich auf eine bessere Diagnose und auf eine angenehmere Therapie. Suprarenin kommt in einer Lösung von 1 : 1000 physiolog. Kochsalzlösung in den Handel; 10 g einer solchen Lösung kosten Mk. 1,50, also gegenüber dem englischen Präparate Adrenalin mit dem Preise von Mk. 3,60 für 10 g einer Lösung 1 : 10 000 eine sehr grosse Kostenersparniss. In erster Linie dient Suprarenin zur Erleichterung der Diagnose, und zwar wird zu diesem Zwecke die ursprüngliche Lösung von 1 : 1000 mit physiolog. Kochsalzlösung weiter verdünnt. Autor benützt gewöhnlich eine Lösung von 1 : 2000. Bestreicht man hiermit z. B. die Nasenschleimhaut, so schwillt diese nach etwa 10 Minuten stark ab, aber nur soweit sie mit der Lösung in Berührung gekommen ist; dadurch werden die Ausführungsgänge der Nasennebenhöhlen leichter zugänglich, und die Höhlen selber können viel öfter, als es früher möglich war, von der Nase aus behandelt werden. Die Fingeruntersuchung des Nasenrachenraumes auf adenoide Vegetationen hat Autor sehr einschränken können, da man die Rachenmandel, wenn die ganze untere Muschel mit Suprareninlösung bestrichen ist, sehr gut von der vorderen Nasenöffnung aus sehen kann. Auch die polypös entarteten hinteren Enden der Nasenmuscheln bringt man sich sehr gut vor das Auge, wenn man die vorderen Theile der Muscheln mit Suprareninlösung pinselt: man kann sich die Tumoren so schön „zangengerecht“ stellen, dass die Operation gegen früher eine Kleinigkeit ist. Augenscheinlich wirkt Suprarenin auch auf die äussere Haut, wenigstens hat Autor diese Beobachtung wiederholt im äusseren Gehörgang gemacht; ist dieser angeboren etwas eng oder durch Otitis externa, Ekzem oder Furunculose geschwollen, dann gelingt es ausnahmslos, ihn soweit zur Abschwellung zu bringen, dass man das Trommelfell vollständig übersehen kann. Dies ist nicht nur für die Diagnose sehr wichtig, sondern erleichtert auch die Therapie ganz bedeutend, z. B. bei der Incision sonst nicht zugänglicher Gehörgangsfurunkel. Auch für die Diagnose von Kehl-

kopfkrankheiten ist Suprarenin ungemein werthvoll. Es ist ferner möglich, durch Injection von Suprareninlösung oder Inhalation einer Lösung von 1 : 10 000 die Beschwerden des acuten Katarrhs für einige Stunden vollständig zum Verschwinden zu bringen, was für Schauspieler, Redner etc. von Wichtigkeit ist. In der Therapie beherrscht sonst Suprarenin die B. Nasenbluten steht schnell durch eine Lösung von 1 : 1000, und zwar so prompt, dass man kaum nöthig haben wird, zur Tampnade oder Gelatine zu greifen. In ausgezeichneter Weise unterstützt Suprarenin die Cocainwirkung, sodass man jetzt wirklich kleinere Operationen in Nase und Ohr vollständig schmerzlos und fast ohne jeden Blutverlust ausführen kann. Suprarenin verstärkt das Cocain so sehr, dass Autor es überall da anwendet, wo er Cocain gebrauchen muss. Man muss aber nach Einführen der Tampons mit Cocain und Suprarenin mindestens 10 Minuten warten, um des Erfolges sicher zu sein. Diese Anaesthesie erleichtert auch ungemein die Sondenuntersuchung der Mittelohrräume, die Paracentese des Trommelfells u. s. w. Für äussere chirurgische grössere Eingriffe hat sich die subcutane Injection von Suprarenin sehr bewährt. So bei Aufmeisselungen des Warzenfortsatzes. Autor injicirte 0,3 g der Lösung 1 : 1000, womit man für 1 Stunde Blütleere erzeugt, die 10 Minuten nach der Injection eintritt und sich bis auf den Knochen erstreckt. Das Operiren ist ungemein erleichtert, und da Suprarenin durchaus ungefährlich ist, dürfte der praktische Arzt, wenn er jetzt Eingriffe, wie Herniotomien, Tracheotomien u. s. w. ausführen muss, durch die subcutane Injection des Mittels bei weitem schneller und leichter zum Ziele kommen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 52.)

- **Die Anwendung des Adrenalins in der chirurgischen Praxis** beleuchtet Dr. Hildebrandt (Chirurgische Klinik der Charité). Sein Chef, Prof. König hat seit 1½ Jahren den Nebennierenextract bei den mannigfachsten Operationen verwendet, und zwar *Suprarenin* (Höchst). Die 1 prom. Lösung ist leicht zu sterilisiren und sehr haltbar. Autor kann das Präparat auf Grund einer grossen Erfahrung warm empfehlen. Die Maximaldosis beträgt nach Braun $\frac{1}{2}$ mg = 15 Tropfen der Stammlösung. Autor rath aber, diese nur in seltensten Fällen zu injiciren, während die Verwendung dieser Menge auf Schleimhäuten ganz unbedenklich ist. Anscheinend werden dieselben so schnell

anaemisirt, dass das Mittel nicht vollständig vom Körper aufgenommen werden kann. Bei der subcutanen Einspritzung gelangt es offenbar in den Kreislauf, ehe noch die Circulation unterbrochen ist und die Resorption damit aufhört. Wir finden daher schon bei der Injection von etwa 15—20 Tropfen leichte Vergiftungssymptome, Herzklopfen, Beängstigungen und Beschleunigung der Athmung. Erscheinungen, welche meist schon nach wenigen Minuten zurückgehen und nach der Application gleicher Mengen auf Schleimhäute niemals wahrgenommen wurden. Der Verwendung des Mittels in stärkeren Concentrationen haften nun mehrere Nachtheile an, einmal die Gefahr der späteren Gewebsnekrose. So sind schon nach der Injection von wenigen Tropfen Adrenalin in einer Verdünnung von 1 : 5000 trotz sorgfältigster Beachtung der Asepsis brandige Phlegmonen beobachtet worden. Ferner können Nachblutungen eintreten, sobald die Wirkung des Nebennierenextractes nachlässt und die Lösung so stark war, dass das Lumen von grösseren Gefässen verschlossen wurde. Beide Uebelstände vermeidet man, wenn der Kreislauf nur in den Capillaren unterbrochen wird. Dafür reichen aber schon Verdünnungen unter $\frac{1}{10000}$ aus. Die Vortheile, welche die Einführung des Adrenalins in die Localanaesthesie brachte, sind recht bedeutend. Erstens erzielt man beim Zusatze dieses Mittels schon eine vollkommene Unempfindlichkeit gegen Schmerzen durch Dosen von Cocain oder Eucain, welche ohne dasselbe nutzlos gewesen wären. Weiter wird dadurch die Dauer der Anaesthesie ganz bedeutend verlängert und schliesslich die Toxicität des Narcoticums um ein Vielfaches herabgemindert. Sehr einfach ist die Anwendung dieses Mittels zur Anaesthesirung der Schleimhäute. Man träufelt kurz vor der Ausführung des Eingriffes in eine 5%ige Cocain- oder Eucainlösung wenige Tropfen des sterilisirten Adrenalins (1 : 1000), welches man am zweckmässigsten in einem dunklen Tropfglase aufbewahrt; mit dieser Flüssigkeit betupft man das Operationsgebiet und hat nach fünf Minuten eine vollständige Unempfindlichkeit erzielt. Um die Blase zu anaesthesiren, füllt man dieselbe mit einer 0,1—0,2%igen Cocain-Kochsalzlösung, der man ca. 1 ccm Suprarenin zugesetzt hat. Hier muss man ungefähr $\frac{1}{4}$ Stunde warten, bis der Zweck erzielt ist. Die Flüssigkeit muss dann natürlich wieder entfernt werden. Wenn man beabsichtigt, im Gebiete der Haut und der darunter liegenden Gewebe zu operiren, so kann man sich der Schleich'schen Infiltration bedienen,

indem man den Lösungen je nach Bedarf 3—10 gtt. Adrenalin zusetzt, etwa auf 50 ccm 10 Tropfen. Um die Nachteile dieser Methode zu vermeiden, welche sich nicht auf entzündete Körpertheile übertragen lässt, durch die künstliche Oedemisirung die Uebersicht stört und uns zu steter Aufmerksamkeit zwingt, damit wir mit unserer Schnittführung nicht aus den infiltrirten Geweben herausfallen, hat H. Braun eine Combination des Schleich'schen Verfahrens mit der Hackenbruch'schen sogenannten circulären Analgesirung empfohlen, die auch von König angenommen ist und berufen erscheint, einen grossen Theil der allgemeinen Narkosen unnöthig zu machen. Dabei bedient man sich stärkerer Cocain- oder Eucainlösungen. etwa 0,05—0,1%iger, welcher man auf je 50 ccm, einer Quantität, die man für einen etwas grösseren Eingriff nöthig hat, 5—10 Tropfen Adrenalin zusetzt. Man markirt sich nun in einiger Entfernung von dem Operationsfeld mehrere in gleichmässigen Abständen von einander befindliche, das ganze Gebiet umgreifende Hautstellen durch endermatische Quaddeln, sticht die Canüle hier in die Subcutis und infiltrirt die Umgebung, so dass ein vollständiger Ring durch die Flüssigkeit gebildet wird. So kann man z. B. Rippen schmerzlos reseciren, indem man Unterhautzellgewebe, Musculatur bis auf die Pleura in dem nächst höheren und tieferen Intercostalraume infiltrirt. Man muss nur längere Zeit warten, wenn man ausgedehntere Abschnitte anaesthetisch machen will. Die Analgesirung der grösseren, oberflächlich gelegenen Nervenstämme der Extremitäten kann man erreichen, wenn man in ihre nächste Umgebung quer zu der Verlaufsrichtung einige ccm einer 0,2%igen Cocain-Adrenalinlösung injicirt. Hier ist eine Wartezeit von mindestens zehn Minuten erforderlich, bis man operiren kann. Technisch schwierig und nicht immer zum Ziele führend ist die Anaesthesirung bei Zahnextractionen. Hierfür gebraucht man ungefähr 2 ccm einer 1—2%igen Cocainlösung mit 2 Tropfen Adrenalin, welche man mit langsamem Drucke zu beiden Seiten unter die Schleimhaut möglichst um die Alveole herum spritzt. Zur Verwendung des Adrenalins als eines Haemostypticum nur wenige Worte! Sehr fehlerhaft wäre es, wenn man versuchen wollte, damit Blutungen aus grösseren Gefässen zu stillen; man wird dann nicht selten unangenehme Ueberraschungen erleben, sobald seine Wirkung nachlässt. Dagegen kann es von Nutzen sein bei Haemorrhagieen aus Schleimhäuten, wie der Nase, der Tonsillen, des Mundes, der Blase u. dgl.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 1.)

- Einen **Beitrag zur Melaena neonatorum** liefert Dr. J. Fischer (Wien). Eine 26jährige Frau brachte 1902 ein gesundes, kräftiges Kind zur Welt. 36 Stunden post partum starb dasselbe an Anaemie infolge profuser Magen- und Darmblutungen. Die Eltern leugnen Lues ganz entschieden, sie bieten auch nichts Krankhaftes dar. Auch haemophile Belastung erscheint ausgeschlossen. Ein Jahr darauf wiederum Geburt eines kräftigen Kindes, das aber 3 Stunden später typische Melaenasymptome zeigt und einige Stunden später stirbt. Organbefund ebenso wie bei dem ersten Kinde, völlig negativ. Die Eltern wünschen dringend eine Behandlung, um dem Auftreten einer Melaena bei neuerlicher Gravidität vorzubeugen, der Mann wenigstens solacii causa für seine Frau. Da Autor eine prophylaktische Beeinflussung höchstens beiluetischer Grundlage kennt, entschliesst er sich, obwohl für diese Unterlage hier nichts spricht, doch für eine vaginale Quecksilberanwendung und lässt 30 Vaginaltampons à 2 g Quecksilberresorbin (jeden zweiten Tag eines) einführen. Ein drittes Kind wird geboren und bleibt gesund, ob post oder propter hoc, lässt Autor offen.

(Wiener med. Presse 1904 Nr. 52.)

Erysipel. Zur Behandlung des E. empfiehlt Prof. F. Franke

(Braunschweig) ein Verfahren, das er schon seit vielen Jahren mit bestem Erfolge anwendet. Als Ende der achtziger Jahre ihm verschiedene andere therapeutische Versuche fehlschlügen, kam er auf den Gedanken, durch starke Compression der centralwärts von dem E. gelegenen Lymphbahnen nicht nur die in ihnen weiter kriechenden Kokken zurückzuhalten, sondern auch ihre Producte, von denen er annahm, dass sie in grösserer Menge ihnen selbst schädlich sein würden, und auf diese Weise nicht nur direct den Körper zu schützen, sondern auch die Kokken zu schädigen. Zu dem Zwecke zog er schmale Heftpflasterstreifen in der Ausdehnung von etwa $\frac{1}{5}$ des Umfangs des Gliedes um dieses fest herum, sodass eine tiefe Furche entstand, und zwar so, dass ein Streifen etwa 2 cm von der Grenze des E. gezogen und so angelegt wurde, dass die offene Stelle gegenüber dem am wenigsten weit vorgerückten Rande des E. lag. 2 cm weiter centralwärts wurde ein zweiter Streifen so angelegt, dass die offene Stelle auf der entgegengesetzten Seite des Umfangs zu liegen kam, darauf ein dritter Streifen ebensoweit entfernt mit der offenen Stelle wieder dem ersten Streifen entsprechend. So wurde eine circuläre Einschnürung ver-

mieden. Selten überschritt das E. den ersten Streifen an der offenen Stelle, nie den zweiten Streifen. Am Rumpfe versagte diese Methode, da man die Streifen hier nicht so fest zuschnüren konnte und die Athembewegung die Fixirung beeinträchtigen muss. Grossen Erfolg hat aber wiederum die Abschnürung am Kopf, hier aber nicht mit Heftpflaster, sondern mit Collodium bewirkt. Je nach der Ausdehnung des E. pinselt Autor quer mitten auf der Stirn oder nahe der Haargrenze Collodium fingerbreit auf und an den Seiten weiter herunter vor den Ohren bis zum Halse. In Zwischenpausen von 10—15 Minuten wird noch einige Male auf das sich während des Trocknens schon zusammenziehende Collodium wieder frisches auf-gepinselt und dadurch ein festes Anpressen der Haut gegen die Unterlage erzielt. Ist das E. schon seitlich nach den Schläfen zu gedrunken, so führt Autor den Collodiumstreifen hinter den Ohren herum, wo er eine festere Unterlage findet, als vor den Ohren. Pat. darf das Gesicht nicht viel bewegen, nicht lachen, reden u. s. w. Wo das Collodium trotzdem einreisst, muss sofort nachgepinselt werden. Auf das E. selbst wird Ichthyolsalbe gestrichen, die aber mit dem Heftpflaster oder Collodium nicht in Berührung kommen darf. Vor Application der letzteren muss die Haut entfettet werden (Benzin). Autor hat wie gesagt mit dieser Behandlung ausgezeichnete Erfolge erzielt.

(Therap. Monatshefte, November 1904.)

- Ueber **erfolgreiche Behandlung eines Falles von E. mit Argent. colloide** berichtet Dr. L. Feldmann (Mühlräditz). Es handelt sich um einen sehr schweren Fall mit hohem Fieber. Nachdem an 2 aufeinanderfolgenden Tagen je 2,5 g Argent. colloid. eingerieben worden waren (das eine Mal am Rücken, das zweite Mal an den Oberschenkeln), war am dritten Tage die Temperatur normal und überstieg in den nächsten 7 Tagen nicht ein einziges Mal $37,5^{\circ}$, obgleich das E. in einzelnen Schüben weiterwanderte. Dieser Fieberabfall mit bleibender Fieberlosigkeit waren so markant, dass sie bloss der Silberbehandlung zugeschoben werden konnten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 3.)

Hernien. Ueber die traumatische Entstehung von Leistenbrüchen spricht sich Dr. Berner (Fürstenberg) aus.

Nach den Rechtsgrundsätzen des Reichsgerichts und des Reichsversicherungsamtes müssen zum Nachweise der

Entstehung eines Unterleibsbruches durch Unfall folgende Bedingungen erfüllt sein:

1. Es muss ein Unfall im gesetzlichen Sinne vorliegen, d. h. der Bruchaustritt muss ein zeitlich bestimmtes, in plötzlicher Entwicklung sich vollziehendes Ereigniss darstellen.

Andererseits darf dieser Unfall nicht lediglich und örtlich, sondern er muss ursächlich mit einem versicherungspflichtigen Betriebe in Zusammenhang stehen und zwar dergestalt, dass

2. der Bruchaustritt erfolgt im Anschluss an eine schwere körperliche Anstrengung, welche zugleich über den Rahmen der gewöhnlichen Betriebsarbeit hinausgeht.

Zur Unterstützung der Beweisführung vorzubringende begleitende Umstände und thatsächliche Verhältnisse sind nach den Spruchübungen des R. V. A.

3. sofortige Aeusserung von Schmerzen im Leibe,
4. Mittheilung derselben an die Mitarbeiter,
5. sofortiges Aussetzen der Arbeit bez. Vorzeigen des Bruches,
6. sofortiges Aufsuchen ärztlicher Hilfe.

Die Bruchanlage darf bei der Feststellung der Rente nicht zu Ungunsten des Betroffenen in Anschlag gebracht werden; denn war der Bruchleidende in der That schon weniger erwerbsfähig, als er ohne die Bruchanlage gewesen wäre, so gelangt dieser Umstand bei der Bemessung der zu gewährenden Rente gelegentlich der Feststellung des Jahresarbeitsverdienstes zur Geltung. Der Bruchleidende wird dann aber weniger geleistet und verdient haben, hiernach also auch eine entsprechend geringere Entschädigung erhalten. Und das R. V. A. hat bereits unter dem 15 Nov. 1887 entschieden: „Nicht die bestehende Anlage zu einem Leistenbruch, sondern das sogenannte Austreten des Bruches (d. h. eines Theils der Eingeweide durch die Bruchpforte des Leistencanals) ist die die Gewährung einer Entschädigung nach dem Unf.-Vers.-Ges. bedingende Thatsache.“

Hiernach ist die Begutachtung eines sog. Unfallbruches eine vollkommen gesetzmässig festgestellte und erscheint ziemlich einfach, wenn es gelingt, die eben geforderten Voraussetzungen zu beweisen. Wir müssen zunächst aufs genaueste eine actenmässige Schilderung des angeblich erlittenen Unfalls verlangen, insonderheit die Gewalteinwirkung prüfen, die Stellung, die der Ver-

letzte einnahm, die momentane übermässige Inanspruchnahme seiner Körperkräfte während des zeitlich als begrenzt nachweisbaren Ereignisses. Nach Aufnahme dieses Unfallberichtes müssen wir die objectiv nachweisbaren Symptome prüfen. Und damit steht es schlimm für uns. Sugillationen, Oedeme der Bruchgegend kommen nur bei eingeklemmten Brüchen vor. Ebenso fehlt meist der Nervenchock, der sich ebenfalls häufiger bei Einklemmungen findet. Schmerzen, vom Verletzten meist in die Nabelgegend verlegt und von der Contusion des Darmrohrs und der Zerrung des Bauchfells herrührend, können da sein, aber ebenso häufig fehlen. In manchen einwandfreien Fällen zwangen sie den Verletzten zu sofortiger Aussetzung der Arbeit, wurden der Umgebung bemerkbar und veranlassten die sofortige Aufsuchung ärztlicher Hülfe. Bedenken wir aber, dass die Schmerzempfindung eine subjective und sehr variable ist, und legen wir kein zu grosses Gewicht auf dies mehr subjective und häufig übertriebene, wenn nicht überhaupt simulirte Symptom.

Noch schlimmer steht es mit der Entscheidung, ob ein Unfallbruch vorliegt, nach Verlauf von Tagen und Wochen. Auch hier handelt es sich um Wahrscheinlichkeitsdiagnosen: ein kleiner, höchstens hühnereigrosser, den äusseren Leistenring nur wenig überragender, schwer reponirbarer und nach der Reposition nur schwer wieder hervortretender Leistenbruch spricht für die Möglichkeit einer Entstehung durch Unfall (im Sinne der Rechtsanschauung des R. V. A.). Umgekehrt spricht dagegen ein grosser, in den Hodensack hinabgestiegener, leicht reponirbarer und leicht wieder austretender Bruch, gleichzeitiges Vorhandensein eines anderen Leistenbruchs oder Nabelbruchs, grosse Weite der Bruchpforte und die Unmöglichkeit, den nicht eingeklemmten Bruch zu reponiren. In allen zweifelhaften Fällen entscheiden wir zu Gunsten des Verletzten. Kommt der Betroffene erst spät nach dem sog. Unfall, nach vielen Tagen oder Wochen, zum Arzt, so ist die Unfallsentstehung zweifelhaft, jedenfalls waren die ersten Beschwerden geringfügig. Hier muss der Verletzte die ganze Beweislast allein tragen und die „für den den angeblichen Unfall ergebenden Hergang und Zusammenhang eine dem vollen zwingenden Nachweise sich möglichst nähernde Häufung von Wahrscheinlichkeitsumständen erbringen“ (Entsch. d. R.-G.) Diesen Standpunkt der Beurtheilung muss der Arzt auch in strafrechtlichen Fällen einnehmen.

Als Resumé kann man nach dem heutigen Stande der Lehre von der traumatischen Entstehung der Leistenbrüche Folgendes aussprechen:

1. Es giebt eine besondere Bruchanlage, die angeboren oder erworben sein kann.
2. Die Mehrzahl der Leistenbrüche Erwachsener entsteht allmählich durch eine Vorstülpung des Bauchfells, die wir als Bruchsack bezeichnen.
3. Eine plötzliche gewaltsame Entstehung eines Leistenbruchs in allen seinen Bestandtheilen ist theoretisch undenkbar und praktisch nicht erwiesen, ohne Bruchsack kein Bruch!
4. Die plötzliche Vergrößerung eines in der Entstehung begriffenen Leistenbruchs ist möglich und muss, wenn durch Betriebsunfall nachgewiesenermaassen entstanden, im Sinne des Gesetzes begutachtet und entschädigt werden.
5. Die Diagnostik eines Unfallbruchs bleibt eine Wahrscheinlichkeitsdiagnostik, da ein bestimmtes Symptomenbild fehlt. (Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1904 Nr. 23.)

— **Zur Behandlung eingeklemmter Brüche** macht Dr. Hüls (Berlin) eine Mittheilung, welche dem Praktiker event. von Nutzen sein kann. Eine 80jährige Frau hatte einen kindskopfgrossen Leistenbruch, der für gewöhnlich leicht zurückging, aber schon mehrmals sich incarcerirt hatte, allerdings dann nicht allzuschwer wieder zurückzubringen war. Nur diesmal, wo wieder eine solche Einklemmung eingetreten war, gelang dies nicht; der Bruch wurde immer dicker, härter, schmerzhafter, selbst grösserer Gewalt wich er nicht. Da kam dem Autor der Gedanke, ob es nicht möglich sein sollte, mit dem Finger in die Bruchpforte einzudringen und so die Bruchöffnung zu erweitern. Es wurde versucht. Zunächst freilich war es schon nicht leicht, die Bruchöffnung überhaupt zu finden. Denn sie war von dem fast steinharten Darmstrang so fest verstopft, der Bruchring so fest um denselben geschnürt, dass eine Oeffnung oder nachgiebige Stelle nicht vorhanden war. Aber der harte Strang zeigte doch die Stelle an, wo die Oeffnung sein musste. Dicht an diesem Strang setzte nun Autor den Zeigefinger auf und drückte und bohrte in der Richtung gegen denselben und nach dem Bauchinnern zu. Das wollte erst nicht weichen, doch Autor liess nicht nach, und Därme und Bauchring gaben etwas nach, immer mehr, und endlich drang der Finger durch in die Bauchhöhle.

Mit dem gekrümmten Zeigefinger zog Autor dann stetig und ziemlich fest medianwärts, und bald konnte dann auch ein zweiter und dritter Finger eingeführt werden. Das, was erstrebt worden war, die Bruchpforte durch festes, stetiges Einbohren eines oder mehrerer Finger so zu erweitern, wie man dies sonst mit dem Messer bei der Bruchoperation thut, war also vollständig erreicht worden. Die dann vorgenommene Reposition glückte spielend leicht: bei mässigem Druck beider Hände schwappte der ganze Inhalt des kindskopfgrossen Bruches sofort mit einem Ruck in die Bauchhöhle, und die Pat. blieb bisher beschwerdefrei. Nach diesem Falle ist Autor der festen Ueberzeugung, dass es in sehr vielen Fällen von Brucheinklemmung ebenso möglich wird, einen Finger neben dem austretenden Darm durch stetigen, festen Druck bohrend einzuschieben und so die Bruchpforte genügend zu erweitern (ist bereits dem Autor später einige Male gelungen). Natürlich kann das nicht geschehen bei Verdacht auf Gangraen des Sackinhalts, und bei manchen eingeklemmten kleinen Schenkelbrüchen wird wohl auch die Bruchpforte schwer zu finden und auch für den Finger nicht zu passiren sein. Wohl aber glaubt Autor, dass die meisten Leistenbrüche dem Verfahren zugänglich sein werden und damit manche Bruchoperation sich erübrigen wird.

(Therap. Monatshefte 1904 Nr. 12.)

- **Ein Fall von traumatischer Lungenhernie ohne äussere Verletzung** wird von Dr. Cahen (Mannheim) beschrieben. Ende Februar hatte der 40jährige Pat. einen Unfall erlitten und wurde am 9. März aufgenommen. Der Unfall hatte darin bestanden, dass dem Pat. eine Kiste gegen den rechten Oberarm gefallen war, wobei er mit dem Thorax an die Wand gedrückt wurde. Die unmittelbaren Unfallfolgen äusserten sich nur als Contusionerscheinungen am rechten Oberarm und Schultergelenk. Die vorhandenen Bewegungsstörungen im Schultergelenk besserten sich bald derart, dass Pat. Ende März wieder entlassen werden sollte. Bei einer vorher vorgenommenen Untersuchung nun (am 26. März, also etwa vier Wochen nach dem Unfall) erklärte Pat., dass seit einigen Tagen, wenn er sich bücke, auf der rechten Seite der Brust eine Geschwulst hervortrete. In der That wölbte sich beim Bücken wie auch bei jeder forcirten Exspiration ganz allmählich im rechten Sternoclavicularwinkel eine Geschwulst vor, schob sich nach unten über die zweite Rippe, nach oben über die Clavicula und lag schliesslich schräg über Clavicula

und Sternum, von Gestalt und Grösse eines Hühnereies, der breite Theil nach oben, die Spitze nach unten. Bei eintretender ruhiger Athmung verschwand die Geschwulst wieder, um bei erneuter forcirter Athmung wieder aufzutreten. Die Untersuchung über der Geschwulst ergab hellen Lungenschall und vesiculäres Athmen; zwei Probepunctionen hatten negatives Resultat. Die Diagnose war klar, wurde aber noch bestätigt durch folgende Thatsache: Einige Tage nach der erstmaligen Feststellung der Hernie ging dieselbe, nachdem sie hervorgetreten, nicht mehr zurück, war rite eingeklemmt. Erst durch Repositionsmanöver analog denen bei Darmbrüchen gelang es, sie zurückzubringen. Während sie sich früher immer weich und elastisch anfühlte, war sie jetzt prall, fest, und während der Reposition war deutlich ein feinblasiges Knistergeräusch wahrzunehmen. Die von der Berufsgenossenschaft gestellte Frage, ob die Hernie als Unfallfolge anzusehen sei, wurde bejaht. Angeboren war sie zweifellos nicht, auch für die Entwicklung vor dem Unfall sprach nichts, dagegen ist in den bisher beschriebenen derartigen Fällen meist darauf hingewiesen worden, dass die Hernie erst einige Wochen nach dem Unfall auftrat. Die subjectiven Beschwerden waren ja hier im Vergleich zu anderen Fällen gering, auch fehlte die vielfach beobachtete Rippenfractur. Aber es erschien sehr leicht möglich, dass bei einer starken Quetschung des Thorax nur Zerreissung der Intercostalmusculatur ohne Rippenfractur erfolgte. Dass sich dann durch die so entstandene Muskellücke allmählich Lungengewebe hindurchdrängen und unter die Haut vorwölben kann, ist unschwer erklärlich. Es wurde eine Rente von 40% empfohlen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 1.)

Heufieber. Zur Serumbehandlung des H. ergreift Prof.

Dunbar's Assistent, Dr. A. Lübbert (Hygien. Institut Hamburg) das Wort und referirt über den jetzigen Stand dieser Behandlung. Zunächst zählt er die lange Reihe derjenigen Pflanzen auf, durch deren Pollen das H. hervorgerufen werden kann, und stellt dar, wie aus den rein gewonnenen wirksamen Pollen das Toxin und dann das Antitoxin dargestellt wurde. Die Fabrikation des letzteren wurde von der Firma Schimmel & Co. (Militz) übernommen. Es wird local angewandt am Orte der Intoxication (Nase, Auge, Rachen), und zwar in flüssiger Form oder als Pulver. Für erstere Form war der Zusatz eines Conservierungsmittels nothwendig (0,25% Carbolsäure).

Trotzdem bleibt ein solches Serumfläschchen, das in der warmen Tasche herumgetragen und öfters geöffnet wird, nicht lange steril, sondern das Serum zersetzt sich, wird trüb oder beginnt gar zu riechen. Es ist daher nöthig, aus dem Vorrathsgläschen kleinere Serumportionen in das mit Tropfpipette versehene Gläschen abzugliessen und das letztere Gläschen, sowie die Pipette möglichst häufig durch Kochen zu reinigen. Im Uebrigen lautet die Gebrauchsanweisung:

1. „Etwa $\frac{1}{3}$ von dem Inhalt des Serumgläschens ist in das mit Tropfpipette versehene Gläschen abzugliessen. Das Gläschen mit der Tropfpipette kommt in einer Holzhülse zum Versand, welche in der Tasche aufrecht zu tragen ist.

2. Das flüssige Pollantin wird in der Weise verwendet, dass man die Pipette mit einem Tropfen Pollantin an den äusseren Augenwinkel bringt und den Tropfen in das untere, abzuhebende Augenlid mit Hülfe des Gummihütchens ausdrückt. Wenn das Serum dabei richtig auf die Augenbindehaut gebracht ist, so macht sich alsbald ein Gefühl erfrischender Abkühlung geltend. Will man das flüssige Pollantin auch für die Nase verwenden, so beugt man den Kopf etwas zurück, führt die Pipette etwa 1 cm in jeden Naseneingang ein und drückt 1—2 Tropfen Pollantin aus. Man muss aber das Gummihütchen zusammengedrückt halten, bis man die Pipette wieder aus der Nase entfernt hat, sonst saugt man das Pollantin wieder in die Pipette auf. Nachdem man das Pollantin in einen Naseneingang eingespritzt hat, hält man das andere Nasenloch zu und schnauft das Serum auf, indem man gleichzeitig wiederholt auf den Nasenflügel der behandelten Seite klopft.

3. Es empfiehlt sich, die Pipette nebst Gummihütchen täglich wenigstens einmal zu säubern und eine Minute in kochendem Wasser liegen zu lassen. Auch ist anzurathen, mit jeder neuen Dosis eine neue Pipette zu verwenden.

4. Heufieberpatienten sollten in der Heufieberzeit bei geschlossenen Fenstern schlafen.

5. Das Pollantin ist regelmässig morgens einige Minuten vor dem Aufstehen in beide Augen und in beide Naseneingänge zu bringen. Macht sich dabei Niesreiz geltend, oder tritt Röthung der Augenschleimhaut ein, so ist das Präparat nach Ablauf von 1—2 Minuten nochmals anzuwenden und, wenn das Niesen, resp. die Röthung dann noch nicht schwindet, ein drittes oder viertes Mal zu gebrauchen. Durch diese Morgencur wird der Pat. er-

fahrungsgemäss auf einige Stunden, oft sogar für den ganzen Tag, dem Heufiebergift gegenüber unempfindlich.

6. Diejenigen Pat., welche sich von Anfällen nicht ganz frei halten können, selbst wenn sie mit dem Gebrauch des Pollantins vor Eintritt der Heufieberzeit beginnen, stets bei geschlossenen Fenstern schlafen und die eben beschriebene Morgencur regelmässig durchführen, sollten das Pollantin stets bei sich tragen und dasselbe auch während des Tages in der eben beschriebenen Weise anwenden, sobald die geringsten Reizerscheinungen auftreten. Lässt man es zu starken Niesanfällen und dazu kommen, dass die Nase ganz zugeschwollen und luftundurchgängig geworden ist, so kann man das Pollantin nicht mehr so gut auf der Nasenschleimhaut vertheilen, es wird dann auch von der erkrankten Schleimhaut weniger gut aufgenommen.

7. Hat man versäumt, das Pollantin rechtzeitig anzuwenden, so kann man es kurz nach Beginn eines Anfalls häufig noch mit Erfolg gebrauchen und das Brennen, Thränen, resp. Niesen zum Stillstand bringen. War aber schon so viel Gift in den Körper aufgenommen, dass die Augen stark entzündet und die Nase dicht zugeschwollen, resp. Asthma aufgetreten ist, so sollte man sich in Räumen bei geschlossenen Fenstern und Thüren so lange aufhalten, bis die Erscheinungen zurückgegangen sind. Durch Anwendung des Serums, anfänglich alle 10 Minuten, später in längeren Zwischenräumen, kann man die Besserung beschleunigen. Es empfiehlt sich aber, in geschlossenen Räumen zu bleiben, bis alle Reizerscheinungen vollständig beseitigt sind. Darauf versuche man durch rechtzeitige Anwendung des Serums in der oben beschriebenen Weise weiteren Anfällen vorzubeugen.

Wenngleich das flüssige Pollantin für gewisse Zwecke nicht entbehrt werden kann, so haften ihm doch Nachteile an (unbequeme Handhabung, begrenzte Haltbarkeit). Deshalb stellt das pulverförmige Präparat — eine staubfeine, gelbliche, fast geruchlose Mischung von im Vacuum getrocknetem und dann fein gemahlenem Serum mit Milchezucker — einen grossen Fortschritt dar. Es wird dies Pulver in die Nase aufgeschnupft oder eingeblasen und kann in die Conjunctiva mit einem Haarpinsel eingestäubt werden. Das Pulver wird heute von den meisten Pat. bevorzugt. Bei häufiger Anwendung im Auge kommen allerdings Reizerscheinungen vor bei gewissen Pat., sodass diese im Auge lieber das flüssige Präparat anwenden, in

der Nase aber das Pulver. Dieser Modus dürfte auch der geeignetste sein in den Fällen, wo häufige Behandlung der Augen nothwendig ist. Dagegen erscheint eine ein- bis zweimalige tägliche Einstäubung kleinster Spuren des Pulvers keine Beschwerden hervorzurufen und ausreichenden Schutz zu gewähren. Einer Reihe von Pat. ist es ferner gelungen, bei fast ausschliesslicher Behandlung ihrer Nasenschleimhaut von allen, auch von Augenankfällen, frei zu bleiben. Zur Behandlung des Rachen- und Gaumenjuckens reicht das Aufschnupfen nicht immer aus; es empfiehlt sich dann, das Pulver mittels eines feinen Pulverbläfers auf den Gaumen einzustäuben. Die Gebrauchsanweisung des pulverförmigen Serums umfasst folgende Punkte:

1. Das pulverförmige Pollantin wird in der Weise verwendet, dass man eine etwa linsengrosse Menge des Pulvers in die kleine Schaufel fallen lässt, welche sich am Stopfen des Fläschchens befindet, die Schaufel dann unter ein Nasenloch hält, den anderen Nasenflügel zudrückt, das Pulver aufschnauft und dadurch in der Nase vertheilt, dass man unter Fortsetzen des Aufschnaufens mehrfach leicht auf den Flügel der behandelten Nasenseite aufklopft.
2. Solche Pat., welche auch für die Augenbehandlung das pulverförmige Pollantin verwenden wollen, sollten den beigegebenen Haarpinsel in das Pulver eintauchen und dann mit dem Pinsel die Innenfläche des abgehobenen unteren Augenlides berühren, oder eine Spur Pulver mittels des Pinsels einstäuben. Es empfiehlt sich, bei jeder Dosis einen neuen Pinsel anzuwenden. Die weiteren Punkte decken sich mit den oben unter 4—7 gegebenen Anweisungen.

Gleichviel ob man das flüssige oder pulverförmige Serum benützt, stets sollte die Behandlung streng im Sinne der Gebrauchsanweisung geschehen. Dieselbe empfiehlt für die Anwendung des Serums wie auch für die allgemeine Lebensführung in der Heufieberzeit die Durchführung einer rationellen Prophylaxe, denn nur dadurch kann in schweren Fällen ein günstiger Erfolg erwartet werden. Diese Prophylaxe besteht erstens darin, dass der Körper im Schlafe, wo alle die Pollen entfernenden Reflexe (Niesen, Husten, Thränensecretion) mehr oder weniger unterdrückt sind, vor diesen Eindringlingen bewahrt wird: Fenster und Thüren des Schlafzimmers sind während der Heufieberzeit soviel wie möglich geschlossen zu halten, ebenso die Fenster auf der Windseite der Wohnung, die auf dem Rasen gebleichte Wäsche

muss vor der Verwendung ausgeklopft werden, die Kleidung ist vor dem Betreten der Wohnung aufs gründlichste zu reinigen. Selbstverständlich dürfen auch keine blühenden Pflanzen, deren Pollen Heufieber erzeugen können, in der Wohnung geduldet werden. Auf die noch nicht gereizte Schleimhaut applicirt man nun möglichst früh am Tage, am besten gleich beim Erwachen, das Pollantin. Die Behandlung ist dann mehrfach am Tage zu wiederholen, und zwar jedesmal, ehe ein zu erwartender stärkerer Reiz einwirkt, also vor jedem Ausgang ins Freie, vor jeder Ausfahrt zu Wagen oder zu Rad etc., vor allem aber sofort beim Auftreten der leisesten Reizerscheinungen. Die letzte Application am Tage wird zweckmässigerweise nicht beim Schlafengehen, sondern 1—2 Stunden vorher ausgeführt, da sonst zuweilen im Schlafe das Serum auf der Schleimhaut zu einer klebrigen Kruste eintrocknet. In der Regel werden 3—5 Anwendungen am Tage genügen, um die Patienten reizfrei zu halten.

(Therap. Monatshefte 1904 No. 12.)

Hydrocele. Eine neue Methode der Hydrocele-Behandlung

empfiehlt Dr. J. Rupfle (Babenhausen), nachdem er sie zum ersten Male am 25. März 1904 bei einem 26 jährigen Manne angewandt hat, dessen H. seit 10 Jahren alle 2—3 Monate punctirt werden musste. Nach erfolgter Punction injicirte Autor 2 ccm einer Adrenalinlösung (1:5000). 14 Tage später wandte er dasselbe Verfahren bei einem 50 jährigen Manne an, bei welchem die H. seit 7 Jahren existirte und alle 2—3 Monate punctirt wurde. Bald nach Injection beginnt ein heftiger brennender Schmerz; es kommt in den nächsten Tagen zu leichten entzündlichen Erscheinungen und zu einem unbedeutenden Erguss; in einigen Tagen verschwinden diese Erscheinungen und der Erguss resorbirt sich ohne weiteres im Verlauf von einigen Wochen. Bei keinem der Pat. bisher ein Recidiv. Die Schmerzen werden sich wohl durch Acoinzusatz vermeiden lassen.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 48.)

Rhinitis. Zur Ozaenabehandlung empfiehlt Dr. M. Cramer

(Coburg) eine Methode, die ihm die besten Dienste geleistet hat. Er ging davon aus, dass zur Beseitigung des Foetors die peinlichste Reinhaltung der Nase das Wesentliche ist, und dass diese wieder von einer leichten Entfernung der Borken hauptsächlich abhängt. Die Erweichung der Borken bewirkt nun Autor durch Olivenöl, nach dessen

Einwirkung das Secret unter geringer Druckwirkung aus der Nase entfernt werden kann. In den ersten Tagen nimmt er selbst die Reinigung der Nase mittels Spritze vor, entfernt hierauf die noch haften gebliebenen Partikelchen des Secrets mit einer mit Watte armirten Sonde und schliesst eine Massage der Schleimhaut an, indem er die Nase gründlich ausreibt. Nach einigen Tagen überlässt er die Behandlung dem Pat. selbst und lässt ihn nur noch zur Controlle kommen. Nur wenn er dabei Secretanhäufung entdeckt, nimmt er selbst wieder die Reinigung vor. Der Pat. muss nun einige Male des Tages mit warmem Wasser durchspülen, nachdem er $\frac{1}{4}$ Stunde zuvor etwas angewärmtes Olivenöl in die Nase aufgenommen hat und dann bis zur Spülung in horizontaler Lage verharret. Das Oel kann aus der Hohlhand oder einem Löffel aufgezogen werden, bei weitem Lumen der Nase oder wenn das Oel im Cavum pharyngonasale leicht zu Erbrechen reizt, lässt Autor einen öldurchtränkten, mit Faden versehenen Tampon oder eine Wattewicke in die Höhe schieben und erst nach einiger Zeit wieder entfernen. Damit ist jeder Pat. im Stande, alles Secret gründlich zu entfernen und damit die unangenehmen Erscheinungen seines Leidens zu bannen. Sind auch vielleicht einzelne gezwungen, täglich zeitlebens die Nasentoilette vorzunehmen, wie diejenige des Haares, Mundes etc., so sollen sie diese kleine Mühe nicht scheuen in Ermangelung eines besseren und sicheren Verfahrens.

(Therap. Monatshefte Novemb. 1904.)

- **Zur Therapie der Entzündungen des Respirationstractes** empfiehlt Dr. Fr. Weitlaner (Innsbruck) die interne Ordination des *Salicyls*, des besten internen Specificums gegen die pyogenen Staphylo- und Streptokokken, des besten internen Mittels bei allen acuten katarrhalischen Entzündungen des Respirationstractes. Es handelt sich hierbei allerdings hauptsächlich um das *Natr. salicyl.* (wegen dessen rascher Aufnahmefähigkeit), zu dem als zweite Componente noch Opium in Form des *Pulvis Ipecac. opiat.* hinzutreten muss. Autor verordnet seit 4 Jahren mit bestem Erfolge:

Rp.: *Natr. salicyl.* 30,0
Pulv. Ipecac. opiat. 3,6.
Ol. Menth. pip. gtt. I.
Divid. in part. aeq. No. XX.

D. S. 3—5 Pulver tägl. in ein $\frac{1}{4}$ Glas Wasser gelöst und umgeschüttelt zu nehmen.

Dies wirkt ausgezeichnet, vor allem bei der acuten Rhinopharyngitis. Ca. 1 Stunde nach Einnahme des Pulvers sistirt die Exsudation in der Nase ganz, die Nase wird frei, man befindet sich wohl (das Aufhören der Exsudation ist auch beim Gelenkrheumatismus die Ursache des Aufhörens der Schmerzen). Es ist die innerlich desinficirende, specifisch wirkende Kraft des Salicyls, welche die Vermehrung und das Wachsthum der pyogenen Mikroben hemmt, also das Uebel radical angreift. Nach etwa 3 Stunden stellen sich die Exsudation und die übrigen Schnupfensymptome wieder ein, weshalb man im heftigsten Stadium alle 3 Stunden ein Pulver nehmen muss (später seltener); sind heftige Kopfschmerzen vorhanden, so fügt man den ersten Pulvern je $\frac{1}{2}$ g Antipyrin bei. Beim acuten Schnupfen genügen meist 4 Pulver täglich, und es ist eindringlichst rathsam, auch einem so unscheinbar Kranken die Wohlthat dieser Ordination zukommen zu lassen und auf alle äussern Mittel lieber zu verzichten. Auch bei Laryngitis, Tracheitis, Bronchitis wirkt sie vorzüglich. Ist man genöthigt, eine Abwechslung eintreten zu lassen, so verschreibe man:

Rp.: Natr. salicyl. 8,0
 Tct. Opii simpl.
 Tct. Ipecac. gtt. L.
 Aq. dest. 180,0
 Syr. Cinnam. 30,0.
 S. 2 stdl. 1 Esslöffel.

(Wiener med. Presse 1904 No. 49.)

- Auch Regimentsarzt Dr. Fr. Halbhuber hat seit 8 Jahren diese Therapie bei acuten, subacuten und auch chronischen Entzündungen des Respirationstractes angewandt und kennt keine Behandlung, die symptomatisch und causal so trefflich wirkt bei Erwachsenen, wie auch bei Kindern. Bei acuten Erkrankungen der Nase, des Rachens, der Bronchien mit Fieber oder Kopfschmerz verordnet er:

Rp.: Natr. salicyl. 1,0 (0,75)
 Antipyrin. 0,25
 D. tal. Dos. No. X. ad. chart. cer.
 S. 2—4 Pulver in $\frac{1}{2}$ Glas Wasser.

Bei subacuten und chronischen Erkrankungen des Rachens und der Bronchien mit vermehrtem Hustenreiz, Kitzeln im Rachen etc. lässt er täglich $\frac{1}{2}$ g Natr. salicyl. nehmen. dazu:

Rp.: Pulv. Ipecac. opiat.
 Natr. bicarb. aa 1,0
 Pulv. gumm. 4,0
 Divid. in Dos. No. X ad. chart. cer.
 S. 3—4 Pulver täglich.

Bei Kindern:

Rp.: Natr. salicyl. 1,5
 Natr. bicarb. 1,0
 Aq. dest. 130,0
 Syr. simpl. 20,0

S. 2stündl. je nach dem Alter 1 Ess-, Kinder- od. Kaffeelöffel.

(Wiener med. Presse 1905 No. 1.)

— **Ueber die Beziehung der Rh. fibrinosa zur Diphtherie** lässt sich Dr. L. Wolff (Frankfurt a. M.) im Anschluss an 3 Beobachtungen aus. Im ersten Falle handelte es sich um einen Knaben von 7½ Jahren, bei dem 8 Tage vorher eine Halsaffection („Halsweh“) vorausging, der dann die Rh. fibrinosa folgte. Zwölf Tage später erkrankte dessen Schwester an schwerer Halsdiphtherie. Die beiden anderen Fälle betrafen 2 Geschwister, die kurz nacheinander Rh. fibrinosa bekamen, gleichzeitig auf den Mandeln einen dünnen Belag hatten. In allen 3 Fällen verlief die Affection ganz harmlos und rein local bei ungestörtem Allgemeinbefinden. Bei allen 3 Fällen wurden in den Nasenmembranen echte Diphtheriebacillen nachgewiesen, im letzten auch auf dem Tonsillenabstrich. Alle 3 Pat. genasen nach Einspritzung von Behring's Heilserum Nr. III. Diese Fälle zeigen wieder, dass die so unschuldig erscheinende Rh. fibrinosa durchaus nicht unschuldig ist, dass man diese Affection von schwerer Nasendiphtherie nicht so streng scheiden darf, wie es vielfach geschieht. Freilich dürfte es praktisch nicht durchführbar sein, an gewöhnlichem Schnupfen Erkrankte oder gar Gesunde, bei denen wir Diphtheriebacillen finden, als Diphtheriekranken anzusehen und zu behandeln; jedenfalls sollte man aber, wenn zu dem positiven Bacillenbefund noch die spontane Bildung einer auf Diphtherie verdächtigen Membran hinzukommt, die Erkrankung ohne Rücksicht auf die geringen Allgemeinsymptome nicht als eine gutartige betrachten. Wahrscheinlich liegt bei fast allen Fällen von Rh. fibrinosa Diphtherie vor, und wir müssen jeden Fall trotz des abweichenden Bildes von der Rachendiphtherie behandeln wie echte Diphtherie und auch in prophylaktischer Hinsicht wie bei dieser verfahren.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 2.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Der

künstliche Abort ist eine Arbeit von Prof. H. Fritsch (Bonn) betitelt. Zunächst lässt sich derselbe über die Indicationen aus. Im Princip möchte er die Unterbrechung der Schwangerschaft nicht unter die „Mittel gegen die Tuberculose“ aufnehmen. Dass eine intercurrente Schwangerschaft freilich als cumulirend schädigendes Moment wirkt, ist festgestellt. Aber auch ein künstlicher Abort hat viele Gefahren. Die seelische Erregung und Depression, die oft mit der Erwägung und dem Entschlusse verbunden sind, der Blutverlust, das sich anschliessende Krankenlager, die Entbehrung der frischen Luft bei der Bettruhe, die Verschlechterung des Appetits, die nicht immer zu vermeidenden puerperalen Complicationen sind oft Etappen zur Verschlimmerung, und die drei Wochen bringen die Pat. mehr herunter, als Monate der Schwangerschaft. Sehr oft glaubte Autor daher einer phthisischen Schwangeren mehr zu nützen durch Ablehnung, als durch Ausführung des Abortes. Bei sorgfältiger Leitung der Schwangerschaft, Entfernung aller schädigenden Momente, richtiger Hygiene und Diaetetik, namentlich gut überwachter Ueberernährung gelang es, die Verhältnisse so günstig zu gestalten, dass dann nach glücklich beendeter Schwangerschaft die Tuberculose, nunmehr richtig behandelt, zur Heilung kam. Und wenn man sagt, bei armen Frauen ist eine gute Leitung der Schwangerschaft und eine Ueberernährung unmöglich, so ist dies zwar richtig. Aber wenn dann nach glücklich verlaufenem Abort die Pat. wieder in die ungünstigen äusseren Verhältnisse gelangt, schwer arbeiten muss, sich nicht rationell ernährt, so ist auch kein Vortheil vom Abort zu beweisen. Tritt aber dann die gehoffte Verbesserung nicht ein, so ist die geistige Depression, die als schädigendes Moment bei der Phthise eine wichtige Rolle spielt, um so grösser. Im Grossen und Ganzen möchte sich also Autor gegen den künstlichen Abort bei Phthise erklären. Auch die „hereditäre Belastung“ des Kindes ist nicht ins Treffen zu führen; kann man das Kind von der Mutter entfernen, sodass es nicht durch Contact inficirt wird, so entwickelt es sich gut. Es giebt freilich bestimmte Verhältnisse, namentlich Complicationen, die den künstlichen Abort vortheilhaft erscheinen lassen, z. B. wo Uebelkeit, Appetitlosigkeit, Erbrechen es nicht möglich machen, die Ernährung zu heben, Symptome, die erst nach Entleerung des Uterus schwinden. Auch die Complication der Phthise mit

Hyperemesis zwingt zur Entleerung des Uterus. Was die Hyperemesis allein anbetrifft, so ist hier die Beurtheilung des Falles oft sehr schwierig. Hysterie, Unfolgsamkeit der Pat., Unvernunft, seelische Verstimmung, Todesfurcht, Abneigung gegen die Unbequemlichkeit der Schwangerschaft, Simulation u. s. w. geben verwickelte Situationen. Aber es giebt allerdings eine perniciöse Hyperemesis, unabhängig von Hysterie und dem Willen der Schwangeren, und hier ist der Eingriff natürlich lebensrettend. Carcinoma uteri et vaginae ist keine Indication zur Unterbrechung der Schwangerschaft. Es muss in späteren Monaten bis zum Kaiserschnitt gewartet, in früheren Monaten der Uterus von oben oder von unten exstirpiert werden. Von den engeren Becken ist nur beim osteomalacischen der künstliche Abort rationell; man schliesst nacher die Castration an. Die Schwierigkeiten der Einleitung des künstlichen Aborts werden meist unterschätzt. Manche denken, sie können in *einer* Sitzung den Uterus gleich völlig entleeren. Autor warnt davor nachdrücklichst. Die Decidua, die verdickte Uterusschleimhaut, haftet bei intactem Ei in den ersten 3 Monaten ebenso fest wie die Uterusschleimhaut in nichtschwangerem Zustande. Sie lässt sich bei frischem Ei nur mit der Curette stückweise abstreifen, unter enormer Blutung, die manchmal das Leben gefährdet, sodass man die Operation unterbrechen und tamponiren muss. Es bleiben dann Massen zurück, der Muttermund schliesst sich wieder, es kommt zu Fieber, es muss wiederholt operiert werden, und der Eingriff ist schliesslich gefährlicher, als das Fortbestehen der Schwangerschaft. Man muss erst das Fruchtwasser ablassen, das Ei zum Absterben bringen und abwarten. Dann trennt sich bei der starken Verkleinerung des Uterus die Decidua ab. Treten Wehen bald ein, so beschleunigt sich der Vorgang. Oft dauert es aber auch tagelang, bis die Eihäute sich völlig gelockert haben; erst dann ist das Ovulum leicht zu entfernen. Es ist also recht langsam vorzugehen. Fritsch hat folgendes Verfahren: Die Schwangere wird wie zu einer grossen vaginalen Operation vorbereitet: Abführmittel, Sitzbad, desinficirende Spülungen. In Sims'scher Seitenlage sorgfältige Auswaschung der Scheide und des zugänglichen Theils der Cervix mit Sublimatlösung. Freilegung der Portio. Einlegung eines Laminariastiftes. Nach 24 Stunden Entfernung desselben, Sondirung. Ablassen des Fruchtwassers, Einschieben eines reichlich mit Ichthyolglycerin (1 : 10) getränkten Gazestreifens.

Liegt letzterer in der Eihöhle, so ist eine gefährliche Resorption ausgeschlossen, das Ichthyolglycerin wirkt aber durch die Eihäute hindurch zu Wehen reizend, und fast stets treten solche sehr bald ein. Eine Temperaturerhöhung (manchmal bis 39°) beweist, dass der Foetus abgestorben, resp. die Eihäute gelöst sind. Dies Fieber ist also nicht zu fürchten, vielmehr von guter Bedeutung. Auch jetzt verhält man sich aber noch expectativ. Bei Multiparen ist 24 Stunden nach Einlegen des Glycerinstreifens das Ovulum unter lebhaftem Wehenschmerz in die Scheide geboren, sodass man es in toto wegnehmen und den Uterus ausspülen kann. Bei Primiparen mit engem Muttermunde kann das Ovulum, obwohl völlig gelöst, den äusseren Muttermund mitunter nicht leicht passieren. Dann entfernt man es in Narkose mit der Abortzange. Wird der entleerte Uterus ausgespült, so hört das Fieber sofort auf. Allerdings dauert die Sache drei Tage, aber ein unangenehmerer Zwischenfall kann kaum dabei vorkommen. Auch Blutungen heftigerer Art finden nicht statt, namentlich wenn man als Nachbehandlung gleich Secale oder Ergotin verabfolgt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 48.)

- **Darf man während der Gravidität am äusseren Genitale operiren?** Um diese Frage zu studiren, hat Dr. R. Volk die Krankengeschichten jener Fälle aus den letzten 5 Jahren zusammengestellt, bei denen Operationen am äusseren Genitale bei bestehender Gravidität an der Prof. Lang'schen Klinik (k. k. Allgem. Krankenhaus Wien) ausgeführt wurden. Nur 2 mal kam es infolge dieser Operationen zum Abort unter 38 Fällen. 28 von letzteren betrafen venerische Papillome (theils multiple einzelstehend, theils grosse Rasen und blumenkohlartige Tumoren, welche das ganze äussere Genitale und auch Theile der Vagina einnahmen, bisweilen auch an der Portio wucherten), 7 Bartholini'sche Abscesse. Die Operationen wurden peinlich aseptisch und möglichst schmerzlos (Chloraethyl, Schleich u. dgl.) und blutleer (Injection einiger Tropfen Adrenalin) ausgeführt und führten also nur in 5,3% zum Abort, obwohl die meisten Pat. gonorrhöisch oder luetisch infectirt waren. Der Einfluss von Eingriffen am äusseren Genitale ist also kein grosser, und bestehende Gravidität braucht für unser therapeutisches Handeln kein Hinderniss zu sein. Dass ein schmerzhafter Bartholini'scher Abscess incidirt werden muss, dass maligne Neubildungen und grössere Tumoren

am äusseren Genitale, die event. bei der Geburt ein Hinderniss abgeben können, entfernt werden müssen, versteht sich von selbst. Aber auch venerische Papillome, die während der Schwangerschaft gesteigerte Wachsthumstendenz zeigen, sollen bei einiger Mächtigkeit entfernt werden. Wenn sie auch nicht gerade ein Geburtshinderniss bilden, auch sich nach der Geburt oft verkleinern, so ist ihre Abtragung doch schon insofern angezeigt, als es für die Asepsis der Geburt und des Wochenbetts nicht gleichgültig sein kann, wenn am äusseren Genitale ein Tumor mit unzähligen Taschen und Nischen sitzt, in denen Secretanhäufung und zerfallenes Gewebe gute Nährböden für saprophytische, aber auch pathogene Keime bilden.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904 No 49.)

— Ueber die **Erfolge der bakteriologischen Forschung in Erkennung, Verhütung und Behandlung des Kindbettfiebers** lässt sich Prof. Döderlein (Tübingen) aus. Prophylaktisch sind vor Allem zwei Aufgaben zu erfüllen: Die *Fernhaltung fremder pathogener Bakterien*, sodann die *Rücksichtnahme auf möglichst glatten, naturgemässen Verlauf der Geburt*, die um so weniger puerperale Erkrankung im Gefolge haben wird, je weniger Hülfe geleistet werden musste und je mehr die im Organismus vorhandenen Abwehr- und Schutzvorrichtungen ungestört geblieben sind. In Bezug auf die Therapie des ausgebrochenen Kindbettfiebers sagt Autor:

„Der primäre Infectionsherd ist bei fiebernden Wöchnerinnen, accidentelle Erkrankung abgerechnet, im Uterusinnern gelegen, sowohl für die septischen, als auch für die saprischen Erkrankungen. Eine beim ersten Anstieg der Körperwärme ausgeführte Desinfection dieses Infectionsherd des coupirt in vielen Fällen die Erkrankung. Die saprischen Formen, mit stinkenden Lochien, sind viel dankbarer in Behandlung als die ungleich gefährlicheren septischen. Faulende Massen müssen entfernt werden, worauf wir meist das Fieber prompt verschwinden sehen. Bei den septischen kann die Desinfection des Uterusinnern nur wirken, solange die Bakterien noch nicht, entweder vermöge einer hohen Invasionskraft oder wegen des längeren Bestandes der Infection, weiter in den Körper vorgedrungen sind. Die Desinfection der Uterushöhle erfolgt am zweckmässigsten durch Ausspülung mit 3% Lysoformalkohol. Bei den schweren septischen Erkrankungen mit Streptokokken sollte in keinem Falle die Anwendung

eines Streptokokkenserums unterlassen werden, wenn auch dessen Zuverlässigkeit noch nicht denselben Grad von Sicherheit erreicht hat, der anderen Sera schon zukommt. Natürlich kann auch das Streptokokkenserum nur in jenen Stadien und Formen des Puerperalfiebers wirksam sein, wo keine deletären Organveränderungen aufgetreten sind. Für die Spätform der puerperalen Erkrankung empfiehlt sich nach Curschmann der länger fortzusetzende, regelmässige Gebrauch antipyretischer Arzneien mit der üblichen, geschätzten Alkoholverabreichung. Active chirurgische Therapie wird nur ausnahmsweise zur Anwendung kommen können. Die operative Behandlung der puerperalen Peritonitis hat vollständig versagt. In vorsichtig auszuwählenden Fällen von schweren, localisirt gebliebenen Uterusinfektionen vermag die von B. S. Schultze inaugurierte Exstirpation des Uterus sonst verlorene Leben zu erhalten. Die Trendelenburgsche Operation der Resection septisch-thrombosirter Gefässe wird nur für ganz besondere Fälle anwendbar sein.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 49.)

Syphilis. Ueber die Verwendung der Kalomelol-Salbe „Unguentum Heyden“ zu antisymphilitischen Schmiercuren lassen sich A. Neisser und C. Siebert (dermatolog. Universitätsklinik Breslau) aus. Eine solche Schmiercur ist zwar nicht wirksamer, in manchen Fällen vielmehr schwächer, als die gewöhnlichen Schmier- und auch Injectionsuren, aber sie ist sehr viel angenehmer und leichter durchzuführen, sauberer und für die Umgebung unbemerkbar. Für schwere und bedrohliche Fälle eignet sie sich also nicht. Calomelol ist ein von der Heyden'schen Fabrik hergestelltes, colloidales Calomel in Gestalt eines weiss-grauen feinen Pulvers, löslich in kaltem Wasser im Verhältnis von 1 : 50. Es enthält 75% Calomel und 25% Eiweissstoffe, was einem Gehalt von 66% Hg entspricht. Die daraus bereitete Salbe „Unguentum Heyden“, eine weiss-graue Salbe von weicher Consistenz, enthält 30% Hg. Es wurden damit 54 Fälle behandelt, 52 davon hatten secundäre Erscheinungen; die Einzeldosen betrugen in der Regel 8—10 g. 11 Fälle zeigten auffallend rasche Beeinflussung, bei 37 verschwanden die Erscheinungen im Laufe der Cur, die durchschnittlich 30 Einreibungen umfasste, 6 Fälle zeigten nur geringe Beeinflussung. Reizerscheinungen der Haut wurden nie beobachtet. Die Wirkung war also keine auffallend „acute“, aber der

milder Injectionen (Salicyl- und Thymol-Hg) oder mässiger gewöhnlicher Schmiercuren (mit 3 g Ung. einer.) entsprechend. Namentlich ergab sich, neben der Allgemeinwirkung, eine sehr schöne örtliche Beeinflussung der unmittelbar von der Einreibung betroffenen Exanthemflächen. Es wurden nun Versuche angestellt darüber, ob man nicht die Wirkung der reinen Calomelolsalbe dadurch steigern kann, dass man zu derselben eine geringe Menge von freiem Hg hinzufügt. Es gelang, der Salbe 2 $\frac{0}{10}$ sehr fein vertheiltes freies Hg hinzuzufügen, ohne dass dieselbe ihrer guten und für die Praxis so wichtigen Eigenschaften: mangelnde Verfärbung der eingeriebenen Haut und Sauberkeit der Wäsche, beraubt wurde. Diese Salbe hatte nun weit promptere Wirkung, und genügte von derselben (Unguent. Heyden erhält jetzt diesen Zusatz bereits in der Fabrik) eine tägliche Dosis von 6 g. Solche Curen sind namentlich in der Privatpraxis oft ein sehr werthvoller Behelf. Auch local wirkte Calomelol recht gut. Ulceröse und impetiginöse Syphilide epithelisirten sich, mit der Salbe verbunden, auffallend schnell. Ferner liessen sich die nässenden Papeln an den Genitalien und After prompt beseitigen durch die Salbe oder Streupulver. Als letzteres benützte man aber lieber nicht reines Kalomelol, welches etwas reizt, sondern

Rp. Calomelol 5,0

Zinc. oxyd.

Amyl. aa 2,5

(Medicinische Klinik 1905, Nr. 1.)

- **Zur ambulatorischen Behandlung der secundären S. durch Welander'sche Ueberstreichungen** nimmt Dr. M. Bernstein (B.-Krupa) das Wort und betont, welche befriedigende Erfolge er mit dieser Behandlungsmethode erzielt hat, welche den Pat. gar keine Unannehmlichkeiten bereitet, zumal sie einfach Abends nach vollendeter Arbeit auszuführen ist. Es werden immer 6 g Ung. einer. bei Erwachsenen, 4 g bei Jünglingen und 2 g bei Säuglingen mit Spatel auf die Haut aufgestrichen, mit einigen Bindentouren niedergebunden und bis zum nächsten Tage liegen gelassen. Es wurde folgender Turnus eingehalten:

Am 1. Tage beide Waden,

„ 2. „ Innen- und Aussenfläche beider Oberschenkel,

„ 3. „ die beiden Arme,

„ 4. „ die beiden Vorderarme,

- Am 5. Tage die Seitentheile von Brust und Bauch.
 „ 6. „ der Rücken unterhalb der unteren
 Scapularwinkel,
 „ 7. „ Reinigungsbad, tags darauf neuer Turnus.

Meist genügen 20 Applicationen zur Beseitigung der Erscheinungen; später soll man aber noch ein Drittel der Zahl von Einstreichungen folgen lassen. Bei wohlhabenden Pat. benützt Autor die theueren, aber leichter resorbirbaren Präparate: Ung. ciner. c. Resorbino recent. parat. oder Mercurolcrème. Local verwendet er bei Symptomen in Mund und Rachen 5 %ige Alkohol-Sublimatlösung, bei Kehlkopfgeschwüren Sublimatlösung 1:1000 (zu Inhalationen), bei Veränderungen ad anum und ad genitalia 10 %ige Calomelsalbe.

(Wiener medic. Presse 1904 No. 50.)

— **Kurze Bemerkungen zur Syphilisbehandlung** aus der Praxis macht Dr. Rau (Essen). Er empfiehlt eine *Combination der Hg-Therapie mit der physikalisch-diaetetischen Behandlung*, wobei man Resultate erhält, wie sie die Quecksilberbehandlung allein nicht zeitigt. Stomatitis, Gastroenteritis. Nephritis, Ekzema mercuriale treten so gut wie gar nicht auf, und die Recidive nehmen an Frequenz, Intensität und Extensität ab. Die combinirte Behandlung, wie sie Autor seit 3 Jahren übt, besteht bei genügender hydriatischer, und wenn nöthig, diaetetischer Vorbehandlung im zweiten Incubationsstadium in der Anwendung der chronisch-intermittirenden Hg-Behandlung (Injectionscur mit Hg-Thymol. acet. oder Hg-Salicyl), roborirender Diaet und geeigneten Procedures aus der Hydrotherapie. Als solche haben sich hauptsächlich bewährt:

1. Die *Ganzeinpackung* mit Kühlkappe (bei geminderter Herzkraft in Verbindung mit kaltem Herzschlauch) mit nachfolgender kurzer kalter Regendouche oder Halbbad mit Kühlkappe von 18—22° R. von 7 bis 8 Minuten Dauer.
2. Das *Dampfkastenbad* mit Kühlkappe (event. mit kaltem Herzschlauch) von 12—20 Minuten Dauer mit nachfolgender kurzer kalter Regendouche oder Halbbad mit Kühlkappe von 18—22° R. von 7—8 Minuten Dauer.

In der letzten Zeit hat sich auch das elektrische Glühlichtbad mit rothem Licht bewährt. Geschwächte Pat. erhalten auch Extr. Sassaparill. fluid. mit Tinct. chin. comp.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 50.)

Tuberculose. Ueber den gegenwärtigen Stand der Kreo-

sottherapie bei Lungenschwindsucht äussert sich Dr. W. Kroner (vgl. med. Universitätspoliklinik Berlin). Mit Kreosot sind bei Initialfällen ganz schöne Erfolge zu erzielen. Besonders indicirt ist es in den Fällen, wo die Magensymptome über die Beschwerden von Seiten der Lungen überwiegen, da, wo uns an der Hebung des Appetits und an der Herabsetzung des Secrets liegt. Es gelingt in einer beträchtlichen Anzahl von Fällen, den Process für einige Zeit zum Stillstand zu bringen. In den letzten 2 Jahren hat Autor bei etwa 200 Tuberculösen das Kreosotpräparat *Pneumin* angewandt und dasselbe als sehr brauchbar kennen gelernt. Es kann monatelang gegeben werden, ohne Magenbeschwerden zu veranlassen, es nimmt sich gut und ist billig.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1904 No. 49.)

- **Ueber Anwendung von Tuberculinpräparaten per os** macht Dr. Freymuth (Krankenhaus der Schles. Landesversicherungsanstalt in Breslau) Mittheilung. Autor hatte die Erfahrung gemacht, dass Tuberculin unter gewissen Umständen auch bei Einverleibung per os wirksam sein kann, d. h. wenn man die Wirkung des Magensaftes, der das Tuberculin zerstört, vorher möglichst ausgeschaltet hat. Diese Ausschaltung wurde in der Weise bewirkt, dass das Tuberculin nüchtern in Form keratinirter Pillen gegeben und ausserdem noch vorher die Wirkung der Magensäure durch eine Messerspitze Natr. bicarbonic. abgestumpft wurde. Also zunächst nüchtern 1 Messerspitze Natr. bicarb., 10 Minuten später das Tuberculin und 1 Stunde später 1. Frühstück. Es wurden zunächst durch Bacillenbefund sichergestellte, ganz fieberfreie Tuberculosen ausgesucht, 17 Fälle; 5 davon reagirten mit sehr ansehnlichem Temperaturanstieg und genau dem Typus der Tuberculinreaction bei subcutaner Injection: Latenzzeit von einigen Stunden, steiler, hoher Temperaturgipfel, Abfall in einigen Stunden, Reactionsgefühl meistens vorhanden, aber viel schwächer, als bei der Injection. Etwas geringer, aber immer noch deutlich genug, war der Einfluss der Temperatur in weiteren 5 Fällen, und nur in 7 Fällen war keine Beeinflussung erkennbar. Ausserdem wurden 2 wichtige Beobachtungen gemacht, welche vollkommene Uebereinstimmung mit dem Verhalten gegen Tuberculin bei Injection ergab: Das Auftreten localer Reactionen an früher nur verdächtig befundenen Lungenparthieen und an

tuberculösen anderen Organen, z. B. Drüsen, sodann die Erhöhung der Empfindlichkeit nach der 1. Dosis. Nun wurden Pat. ohne Tuberkelbacillenauswurf, aber mit tuberculoseverdächtigem Lungenbefunde der Prüfung unterzogen, 47 an Zahl; 8 davon reagierten sehr deutlich, 19 weniger, aber immer noch deutlich genug, 20 Versuche fielen negativ aus. Als untere wirksame Dosis wurden 5—10 mg befunden, nach oben wurde nie über 100 mg hinausgegangen. Es wurden nun weiter bei sämtlichen schwach oder nicht Reagirenden Nachprüfungen mit Injection von Tuberculin vorgenommen. Zunächst ergab sich dabei, die spezifische Natur der beobachteten Temperatursteigerungen, da in allen Fällen, in welchen auf die Verabreichung per os eine irgendwie deutlichere Temperatursteigerung aufgetreten war, auch die Injection prompt wirkte; und das war nun sehr interessant festzustellen, dass fast ausnahmslos diese Pat. gegen die Einwirkung der subcutanen Injection sich hoch empfindlich zeigten, sowohl bezüglich der Dosis, welche meist schon bei 1—2 mg die Reaction auslöste, sowie bezüglich der Höhe der Reaction. Auf der anderen Seite zeigten sich die Pat., welche auf Tuberculin per os nicht reagierten, auch wenig empfindlich gegen die Injection kleiner Tuberculindosen. Es ergab sich also, dass Relationen zwischen der Empfindlichkeit ein und desselben Individuums gegen die Einwirkung von Tuberculin per os und per Injection bestehen, und dass die erstere in gewissen Grenzen ein Indicator für das Verhalten bei der Injection darstellt. Autor vertritt demnach folgende Auffassung: /

„Die Annahme der absoluten Wirkungslosigkeit des Kochschen Tuberculins bei der Verabreichung per os besteht zu Unrecht; doch tritt eine Wirkung nur bei Ausschaltung der Einwirkung des Magensaftes auf und ist viel unsicherer und schwächer als bei der subcutanen Injection. Immerhin treten in einem ganz erheblichen Procentsatz stärkere und schwächere Reactionen auf, die ebenso zu beurteilen sind wie die Reaction nach Injection, nämlich als specifisch tuberculöse. Es bildet ferner das Verhalten gegen die interne Anwendung einen einigermaßen zuverlässigen Indicator gegen das Verhalten bei subcutaner Injection, indem intern reagirende Patienten meist hoch empfindlich sind, nicht reagirende wenig empfindlich. Somit scheint die mitgetheilte Methode bequem verwerthbar für die Diagnostik der Lungentuberculose im Anfangsstadium zu sein; sie erlaubt in einem — aller-

dings kleinen — Procentsatz, die unbequeme Tuberculin-injection durch die bequeme interne Medication zu ersetzen, in weiteren, ziemlich zahlreichen Fällen gestattet sie, mit einer Injection auszukommen, wo sonst vielleicht 3—4 gebraucht würden; sie gestattet ferner mit einiger Sicherheit die Abschätzung der zu wählenden Dosis und die Vermeidung stürmischer Reactionen. Es ist zu erhoffen, dass dadurch die probatorische Tuberculinanwendung insbesondere für die ambulante Praxis an Verwerthbarkeit gewinnt, in welcher die Tuberculininjection zumeist auf grosse Schwierigkeiten stösst.“

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 2.)

- Einen **Beitrag zur Behandlung des tuberculösen Ascites** liefert Dr. Schömann (Hagen i. W.). Seit drei Jahren punctirt er den tuberculösen Ascites mit mässig starker Canüle, entleert die Flüssigkeit, soweit sie spontan abfliesst, und injicirt in die freie Bauchhöhle eine sterile Jodoformemulsion (Jodoform 1,0—5,0 : Glycerin. 100,0). Er beginnt mit 1—2 cg der 1%igen Emulsion und steigert Concentration und Dosis bei jeder neuen Injection in Intervallen von 4—8 Tagen oder mehr. Bisher kamen sieben Fälle weiblichen Geschlechts im Alter von 2—19 Jahren zur Behandlung, welche nach 3—10 Wochen als ausgeheilt zu betrachten waren. Bei zwei Kindern (2 und 8 Jahre) bildete sich das seröse Exsudat schon nach der zweiten Injection nicht wieder, bei der 19jährigen Pat. waren fünf Injectionen erforderlich, bei den übrigen drei oder vier. Bei allen kehrte der Ascites nicht wieder (der letzte Fall liegt $\frac{3}{4}$ Jahr zurück). Diagnosen einwandfrei (vorher Tuberculin). Das Verfahren ist einfach, nahezu schmerzlos und schonend, schadet auch dem elendsten Pat. nicht; der Punctionsstich vernarbt schnell, die Behandlung kann event. ambulant erfolgen. Alle Fälle hatten vorher der conservativen Therapie getrotzt, daher ist wohl dem Jodoform der wichtigste Heilfactor beizumessen.

(Centralblatt f. Chirurgie 1904 No. 49.)

Ulcus cruris. Ueber Heftpflasterverbände bei U. berichtet

Dr. C. Philip (Hamburg, Unna's Dermatologische Klinik). Der Zinkleimverband, so werthvoll er auch ist, wird oft für die ambulante Praxis zu umständlich. Deshalb griff Autor auf den alten Baynton'schen Heftpflasterverband zurück, der dank der absoluten Reizlosigkeit des angewandten Beiersdorf'schen *Leukoplasts* sich gut bewährte. Allein

die Erfahrung lehrte, dass bei stärker secernirendem U. der vollkommene Abschluss durch das Pflaster nicht immer vertragen wird. In der Absicht, einen Heftpflasterverband zu schaffen, der die Secretion nicht zurückhält, liess Autor nun Pflasterstreifen herstellen, die in der Mitte einen von Pflastermasse befreiten, also nur aus durchlässigem Stoff bestehenden Raum aufweisen. 2 Finger breit unterhalb des U. beginnend, legt er die sich dachziegelförmig deckenden Pflasterstreifen, unter starker Compression, bis zwei Finger breit oberhalb des (mit Jodoform, Airol, Ichthargan etc. bestäubten, jedoch sonst unbedeckten) U., und zwar so, dass über dem Geschwür der von Pflastermasse freie Theil des Streifens liegt, die Enden des Streifens jedoch sich auf der gegenüberliegenden Seite kreuzen. Der Verband wird nach 3—6 Tagen erneuert. Er hat in der Unna'schen Poliklinik selbst bei Riesenulcera den Zinkleimverband, der sich besonders zur Nachbehandlung des geheilten Beines eignet, in den meisten Fällen ersetzt. Das Pflaster („Philipbinde“) wird von Beiersdorf & Co. in Hamburg hergestellt.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 45.)

— **Balsamum peruvianum bei U.** empfiehlt warm Dr. R. Petretto (Krankenhaus der barmherzigen Brüder in Graz). Selbst bei schweren Fällen bewährte sich bestens folgende Salbe, auf Gaze oder Leinwand gestrichen:

Rp. Argent. nitr. 0,3
Balsam. peruv. 6,0
Ung. simpl. 90,0

Die Geschwüre reinigen sich rasch, die Secretion schwindet; und schöne Granulationen schiessen auf.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 52.)

Vitia cordis. **Digalen, ein Ersatzmittel des Digitalisinfuses** empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen in der Senator'schen Klinik Dr. E. Bibergeil. Das Mittel wird bekanntlich von der Firma Hoffmann, La Roche & Co. (Basel) hergestellt und kommt in wässriger Lösung mit 25% Glycerin versetzt in kleinen Fläschchen unter dem Namen „Digalen“ (Digitoxinum solubile Cloetta) in den Handel. Es wurde stets per os gegeben (3 mal täglich nach der Mahlzeit zu 1 ccm) und wird am besten in süßem Wein genommen. Digalen erwies sich dem Digitalisinfus in seiner Wirkung als mindestens gleichwerthig,

reizte nie den Magen, lässt nicht in gleichem Maasse Cumulation befürchten, wie Digitalisinfus, vor dem es noch den Vorzug besitzt, dass es in seiner Zusammensetzung constant ist, daher eine genaue Dosirung zulässt.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 51.)

- In einem klinischen Vortrag bespricht Prof. Eichhorst (Zürich) **Indicationen und Methodik der Digitalistherapie.** Autor bringt der Digitalis nur in einer Beziehung sein vollstes Vertrauen entgegen. Wenn sich aus irgend einem Grunde *Herzmuskelschwäche* entwickelt hat, dann sind die Digitalisblätter das zuverlässigste Mittel, um die Herzkraft wieder zu beleben. Bis jetzt ist kein Herzmuskeltonicum bekannt, welches auch nur annähernd mit der gleichen Schnelligkeit und Zuverlässigkeit den ermatteten Herzmuskel stärkt, wie die Digitalis. Erkrankungen der Herzklappen und des Herzmuskels führen am allerhäufigsten zu Herzmuskelschwäche, sodass wir hier ganz besonders häufig Digitalis zur Anwendung bringen müssen. Aber auch bei Erkrankungen des Herzbeutels, der Kranzarterien, der Aorta greifen wir zur Digitalis, sobald sich Zeichen von Herzmuskelschwäche bemerkbar machen. Die Ansicht, Digitalis eigne sich nur für Mitralkrankheiten, ist unrichtig. Digitalis ist am Platz, wenn ein Herzklappenfehler zu Herzmuskelschwäche geführt hat; ob dies infolge einer Erkrankung der Aortenklappen oder der Mitralis geschah, ist gleichgültig. Aber Erkrankungen der Kreislauforgane sind nicht die einzige Quelle für Herzmuskelschwäche. Chronische Krankheiten der Respirationsorgane, Schrumpfnieren, Infektionskrankheiten, Körperschwäche, Gifte, psychische Erregungen kommen in Frage, und überall ist Digitalis wirksam, stets ist sie das sicherste Mittel, um eine dauernde Herzmuskelschwäche zu beseitigen, ist sie ein Heilmittel für den Herzmuskel. Freilich kommt es auch auf die Form der Ordination sehr an. Autor verschreibt seit 10 Jahren stets:

Rp. Fol. Digital. pulv. 0,1
 Diuretin. 1,0
 Sacch. 0,3
 M. f. p. D. t. d. Nr. X
 S. 3 mal tägl. 1 Pulver.

Das ist die zweckmässigste Form und Dosirung. In der Regel nehmen die Pat. 30 Pulver hintereinander; natürlich kann es auch vorkommen, dass bei weniger aufgehört

18*

werden kann oder muss (s. unten), ebenso wie event. mehr nöthig werden können. Von grossem Nutzen ist für manche Herzkranke der chronische Digitalisgebrauch; so mancher von des Autors Pat., namentlich solche mit Herzmuskelveränderungen infolge von Arteriosklerose der Kranzarterie, mit Alkohol- und Tabaksherzen oder Gichtherz gelangten zu einem wohlerträglichen Befinden, wenn sie viele Wochen lang 1—2 Digitalispulver täglich nahmen, und wurden in kürzester Zeit wieder von unerträglichsten Herzbeschwerden heimgesucht, wenn sie den Versuch wagten, sich von den kleinen Digitalismengen loszusagen. Von der cumulativen Wirkung der Digitalis wird viel zu sehr Aufhebens gemacht; Autor sah solche nie. Unangenehme Nebenwirkungen (Appetitlosigkeit, Uebelkeit, Erbrechen) kommen vor, aber weit seltener, als beim Infus und anderen Ordinationen; viel spielt auch hier die Angst vor dem „gefährlichen“ Medicament mit, und man kann durch vorherige psychische Beeinflussung oft Nebenwirkungen verhüten. Wenn man Digitalis in obiger Form reicht, so macht sich ihre Wirkung oft schon in den ersten 24 Stunden bemerkbar. Ist binnen 48 Stunden noch gar kein Einfluss zu erkennen, dann ist es sehr zweifelhaft, ob überhaupt ein Erfolg zu erwarten steht. Immerhin soll man die Fortsetzung des Versuches nicht zu früh aufgeben. In der Wirksamkeit der Digitalis ist manchmal eine merkwürdige Launenhaftigkeit zu beobachten; manchmal wirkt es das erste Mal nicht, später aber prompt, oder auch sogar erst beim dritten oder vierten Versuch. Am wahrscheinlichsten erklärt sich dies so: Bei vielen Kranken mit Herzmuskelschwäche ist der Herzmuskel überdehnt; hat die Ueberdehnung ein gewisses Maass überschritten, so ist der Herzmuskel den Einwirkungen der Digitalis unzugänglich geworden, und erst dann, wenn bei Bettruhe die Ueberdehnung zurückgeht, kommt ein Zeitpunkt, an welchem die Digitalis sich die Herrschaft über den Herzmuskel zurückerobert. Ausser der Ueberdehnung des Herzens giebt es aber auch noch andere Umstände, unter welchen die Digitalis mit Diuretin allein nicht helfen will; das ist bei hochgradiger Cyanose und Athmungsnoth. Hier tritt erst Erfolg ein, wenn man daneben Excitantien giebt: Wasser mit Cognac, 2stündlich 25 cem starken Weins, oder subcutan 3mal täglich eine Spritze Ol. camphorat. Auch bei Infectionskrankheiten mit bedrohlicher Herzmuskelschwäche räth Autor, neben Digitalis intern Coffein subcutan zu appliciren:

Rp. Coffein.-Natr. salicyl.

Glycerin.

Aq. dest. aa 5,0

M. D. S. 1—3 Spritzen täglich.

Autor verschreibt nicht allen Pat. mit Herzmuskelschwäche sofort Digitalis; die erhalten vielmehr erst, wenn Bettruhe und Milchdiät binnen 1—3 Tagen nicht gewirkt haben, Digitalis. Während der Digitalisbehandlung bedarf es strenger Controlle, damit man diese Behandlung, wenn nöthig, sofort abbrechen kann. Nöthig wird dies, wenn der Puls unter 60 Schläge heruntergegangen ist, ferner bei Herzbigeminie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 2.)

Vermischtes.

- Dr. E. Graetzer's **Vademecum für die Kinderpraxis** (Verlag von Joh. Ambr. Barth, Leipzig) liegt jetzt auch in *englischer Uebersetzung* vor; der bekannte New-Yorker Kinderarzt Dr. Herman B. Sheffield hat das Buch unter dem Titel „Practical Pediatrics“ ins Englische übertragen.
- Der **22. Congress für innere Medicin** findet vom 12.—15. April 1905 zu Wiesbaden statt unter dem Vorsitze des Herrn Geheimrath Erb (Heidelberg). Als Verhandlungsthema des ersten Sitzungstages ist bestimmt: *Ueber Vererbung*. 1. Referat: Ueber den derzeitigen Stand der Vererbungslehre in der Biologie: Herr H. E. Ziegler (Jena), 2. Referat: Ueber die Bedeutung der Vererbung und der Disposition in der Pathologie mit besonderer Berücksichtigung der Tuberculose: Herr Martius (Rostock). Vorträge haben angemeldet: Herr A. Hoffmann (Düsseldorf): Ueber Behandlung der Leukaemie mit Röntgenstrahlen; Herr Paul Krause (Breslau): Ueber Röntgenstrahlenbehandlung der Leukaemie und Pseudoleukaemie; Herr Schütz (Wiesbaden): Untersuchungen über die Schleimsecretion des Darmes; Herr M. Matthes (Jena): Ueber Autolyse; Herr Clemm (Darmstadt): Ueber die

Bedeutung der Heftpflasterstützverbände für die Behandlung der Bauchorgane. Mit dem Congresse ist die übliche Ausstellung von Instrumenten, Apparaten und Präparaten, soweit sie für die innere Medicin von Interesse sind, verbunden. Anmeldungen von Vorträgen und für die Ausstellung sind zu richten an Geheimrath Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstr. 13.

- **Wasserstoffsuperoxyd-Merck (Perhydrol) in der gynaekologischen Praxis** hat H. Walther (Giessen) angewandt und lernte das Präparat als ungiftiges, geruchloses, vollkommen reizlos und schmerzlos wirkendes, energisch reinigendes antiseptisches Mittel schätzen. Er verwandte 1 und 3%ige Lösungen des Perhydrols.

1%ige Lösung = 1 Theil H_2O_2 + 29 Wasser

3%ige „ = 1 „ H_2O_2 + 9 „

Autor liess die Lösungen im Milchglas- oder im Platten-speculum einlaufen oder mittels einer mehrere ccm haltenden Spritze einspritzen. Man kann das Mittel ruhig einfließen lassen, selbst ohne Schutz der Umgebung, da es nicht ätzt und schmerzlos wirkt. Stellt man die erodirte Portio oder die, bei Colpitis ihres Oberflächenepithels beraubte, geschwollene Scheidenschleimhaut ein, so kommt es alsbald unter leichtem Knistern zu einer Schaumentwicklung durch Sauerstoff in statu nascendi. Damit geht die Reinigung ohne Aetzung einher, zugleich die Anregung zur Epithelneubildung. Der Rand der Erosion zeigt sich in der Regel weisslich verfärbt. Die günstige Einwirkung auf die erodirte Schleimhaut ist unverkennbar; der oft sehr festhaftende, durch Tupfer schwer zu entfernende Schleim hebt sich von selbst ab, die Schleimhaut wird zur Granulation angeregt. Ebenso rasch wirkt H_2O_2 bei Fluor infolge von Colpitis. Autor liess hier das Mittel, nachdem er es im Speculum eingegossen, mehrere Minuten einwirken. Nach wenigen Tagen schon Nachlass der Röthung, vor allem aber der Secretion. Auch hier zeigen sich die epithelfreien Schleimhautparthieen weisslich verfärbt, sodass man Umfang und Sitz der Erkrankung sehr gut feststellen kann. Auch die wunden, gerötheten Stellen des Introitus, wie man sie mit und ohne Gonorrhoe mitunter findet, werden in gleicher Weise zur Abheilung gebracht. Auch in 3 Fällen von Vulvovaginitis kleiner Mädchen bewährte sich das Mittel, in 3%iger Lösung mehrere ccm in die Vagina mittels Glasspritze eingespritzt;

unter lebhafter Schaumentwicklung trat Reinigung ein und nach wenigen Sitzungen Heilung. Ausspülungen liess Autor mit H_2O_2 des hohen Preises wegen nicht machen, sondern bloss jene Eingiessungen und Einlegen von mit der Lösung getränkter Gaze. Letztere kann 1 Tag liegen, ohne dass die gesunde Schleimhaut angegriffen wird, und sie bewies sich besonders werthvoll bei der Behandlung von Decubitalgeschwüren und inoperablen verjauchten Carcinomen, insbesondere beim kraterförmigen Cervixcarcinom. Hier hat Autor auch im Speculum das Ulcus eingestellt und in mehreren Sitzungen eine etwa 6%ige (1 : 5) Perhydrollösung einfliessen lassen. Die Jauchung liess sofort nach. Auch mit Perhydrol getränkte Gaze hat Autor auf 1—1½ Tage eingelegt und nie unangenehme Reizungserscheinungen gesehen. Hier war hauptsächlich die desodorisirende Wirkung des H_2O_2 auffallend, in welcher es alle anderen Mittel übertrifft. Perhydrol entfaltete dabei auch haemostatische Wirkung und die reinigende 3—6%iger Lösung war ganz eclatant. Das schmutzige Carcinomgewebe erhielt das Aussehen frischrothen Granulationsgewebes. Schliesslich hat Autor die 3%ige Lösung mit gutem Erfolge bei einem puerperalen Ulcus benützt, sowie in 2 Fällen von sehr lästigem eitrigem Ausfluss in der Schwangerschaft, wo Lysol, Protargol, Sublimat nicht zum Ziel geführt hatten. Nach seinen Erfahrungen kann also Autor Perhydrol bei den erwähnten Formen von katarrhalischen, eitrigem, besonders gangraenösen und jauchigen Absonderungen empfehlen, so:

1. Bei allen eitrigem und geschwürigen Processen der Vulva und Vagina, einschliesslich der Vulvovaginitis kleiner Mädchen, sowie bei eitrigem Colpitis in der Schwangerschaft.
2. Bei allen geschwürigen und jauchigen Processen in der Scheide und am Cervix, z. B. Decubitalgeschwüren, stinkendem Ausfluss bei Blasenscheidenfistel, verjauchtem, inoperablem Carcinoma uteri und vaginae.
3. Bei einfacher Erosionsbildung und starkem Fluor.
4. Bei putrescirenden Entzündungen des Endometriums, besonders nach Fehlgeburt, sowie bei puerperalen Geschwüren.

(Medicin. Klinik, 20. Decemb. 1904.)

— **Xeroformstreupulver** (Xeroform 1 : Talc. venet. 9) empfiehlt Dr. E. Toff (Braila) wiederum als ideales Streupulver für Kinder, nicht nur zu prophylaktischer Verwendung,

sondern auch zu Heilzwecken bei bereits entwickelten Hautentzündungen. Xeroform ist ein vorzügliches Antisepticum, Trockenmittel und Analgeticum (juckstillend!) und dürfte in keiner Kinderstube fehlen. Auch bei Erwachsenen hat es sich in mannigfaltiger Weise (nässende Ekzeme, Pruritus ani, Durchreiben, Fusschweisse etc.) gut bewährt.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1905 No. 1.)

- **Ueber Heroin als Hustenmittel** publicirt Dr. K. Helbich (Prag) seine Erfahrungen. Es ist in erster Linie der bellende, trockene Husten, der ein Brennen in der Brust und Muskelschmerzen in der Musculatur des Brustkorbes und Abdomens hervorruft, für welchen ihm gegenwärtig das Heroin das einzige, höchst selten versagende Heilmittel ist. Dem Heroin kommt auch hervorragende sedative Wirkung zu. Autor bedient sich des Mittels bei allen Fällen von Haemoptoe und gleichzeitigem Husten und kommt in den meisten Fällen damit aus, sowohl zur Unterdrückung des Hustens, als auch zur Stillung der Blutung. Auch bei Pharyngitis und Laryngitis, bei Bronchialasthma bewährte sich Heroin bestens. Bei Pleuritis unterdrückt es prompt das schmerzhafteste Stechen, desgleichen bei Rippenfracturen und Brustkorbcontusionen. Man verschreibt es in Pulverform oder Lösung wie Morphinum, pro dosi 3—5 mg, bei an narkotische Mittel gewöhnten Pat. bis 1 cg.

(Wiener med. Presse 1904 No. 52.)

- **Druckfehler - Berichtigung:** In Nr. 5, S. 201, Zeile 6 der „Excerpta medica“ soll es heissen: 1 ‰ ige Lösung (nicht 1 ‰ ige).

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

April

XIV. Jahrgang

1905.

Anaemie, Chlorose. Seine Erfahrungen mit Bioson,

einem Eiweiss-Eisen-Lecithin-Nährpräparat, publicirt Dr. K. Marx (Frankfurt a. M.). Autor hat das Präparat, das billigste im Vergleich zu allen anderen, welche gleichen Zwecken dienen, bei über 150 Pat. angewandt und kam zu dem Resultat, dass das Bioson ein absolut reizloses, leicht verdauliches Eiweisspräparat ist, welches, auch monatelang genommen, keinerlei Verdauungsstörungen mit sich bringt, selbst bei fieberhaften acuten wie chronischen Erkrankungen gut vertragen wird, die Zähne nicht angreift, den Appetit anregt, auffallende Körpergewichtszunahme hervorbringt, den Haemoglobingehalt des Blutes und die Anzahl der rothen Blutkörperchen vermehrt, günstig bei Erschöpfungszuständen wirkt, also mit einer evident ernährenden Wirkung die blutbildende des Eisens und die nervenstärkende des Lecithins verbindet. Besonders rasche Wirkung zeigte sich bei Anaemischen und Chlorotischen. Aber auch bei acuten fieberhaften Krankheiten (Scharlach, Diphtherie, Typhus) bewährte sich Bioson sowohl in der Fieberperiode, als auch in der Reconvalescentz. Ein Beweis für seine Bekömmlichkeit lieferte ein Fall von Magencarcinom mit hochgradigster Anaemie. Autor scheute sich nicht, das Präparat Reconvalescentinnen nach Ulcus ventriculi und einem 3jährigen Kinde 10 Tage nach der Operation einer Appendicitis in Tagesdosen von 25—50 g zu geben. Für Lungenkranke kann Autor Bioson empfehlen, desgleichen für nervöse, neurasthenische, überarbeitete und an Maras-

mus senilis leidende Pat. Ueberall brachte es auffallende Besserung im Allgemeinbefinden, Zunahme des Appetits und der Kräfte hervor.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 1.)

- **Ueber Bioferrin, eine neue biologische Eisenverbindung** theilt Dr. K. Weissmann (Lindenfels) seine Erfahrungen mit, die sich freilich nur auf 4 Fälle (2 Kinder, 2 Erwachsene) beziehen, aber so günstig lauten, dass sich Autor zu einer Empfehlung dieses Präparates veranlasst sieht. Dasselbe bewährte sich bei den beiden Kindern, die mit scrophulo-tuberculösen Affectionen behaftet und sehr heruntergekommen waren, vortrefflich, indem sich der Appetit rasch hob, die Anaemie wich, der Kräftezustand erfreuliche Fortschritte machte. Auch bei den Erwachsenen wurde der anaemische Zustand sehr günstig beeinflusst. •

(Aerztl. Rundschau 1905 No. 4.)

Anaesthesie, Narkose. Die Narkose mit Chloroform-

Bromaethyl empfiehlt Dr. F. Wuhrmann (Kilchberg-Zürich). Als brauchbarste Mischung erwies sich diejenige der beiden Narcotica zu gleichen Theilen. Das Gemisch, vor Licht und Luftzutritt geschützt, verändert sich längere Zeit nicht; hingegen tritt um so eher Erbrechen ein, je älter das Gemisch ist. Zur Einleitung der Narkose werden bei Erwachsenen 5 ccm, bei Kindern 2 ccm des Gemisches auf ein Taschentuch gegossen und letzteres bis ca. handbreit dem Gesicht genähert, bis sich der Pat. an den starken Geruch gewöhnt hat. Je nach der Empfindlichkeit des Einzelnen tritt dann nach $\frac{1}{4}$ —1 Minute ruhiges Athmen ein; das Tuch wird nun zur Tüte gefaltet und dem Gesicht nahe gebracht. In weiterer $\frac{1}{2}$ —1 Minute ist meistens die gewollte Narkose erreicht; sind die aufgegossenen 5 ccm Gemisch verdunstet, bevor die Betäubung vollständig eingetreten ist, so werden nochmals 2—5 ccm aufgeschüttet. Sobald die Narkose erreicht ist, wird das Tuch vom Gesicht entfernt. Beginnt der Pat. zu erwachen, bevor der operative Eingriff beendet ist, so wird durch Wiedervorhalten des Tuches und event. weiteres Aufgiessen des Gemisches die Narkose verlängert. Um 5—10 Zähne zu ziehen, braucht Autor im Durchschnitt 5—10 ccm des Gemisches; er verfügt aber über viele Fälle, wo 2,2 ccm genügten. Das Gemisch hat sich in des Autors Clientel grosse Beliebtheit erworben; im Laufe der 9 Jahre sind viele Pat. von ihm 3—6 mal narkotisiert worden. In An-

betracht der minimalen Menge des zur Narkose nothwendigen Gemisches hat Autor keinen Anstand genommen, behufs Ziehens von 1—2 Zähnen die Narkose einzuleiten. Mit Vortheil benützte er das Gemisch auch zur Einleitung der Chloroform- und Aethernarkose bei langdauernden Operationen; ist die Narkose mit Hülfe des Gemisches nach 1—2 Minuten eingetreten, so wird sie einfach mit Chloroform oder Aether fortgesetzt. Letzteres war in etwa 150 Fällen von den ca. 3000 Narkosen der Fall, in den übrigen Fällen (Zahnextraktionen, kleine chirurgische Eingriffe) wurde nur mit Chloroform-Bromaethyl narkotisirt, und war Autor mit diesen Narkosen stets durchaus zufrieden.

(Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1904 Nr. 24.)

- Ueber einen **Aetherflaschenverschluss** schreibt H. v. Baeyer: „Bei der Aethergiessnarkose erscheint es als wünschenswerth, einen Flaschenverschluss zu verwenden, der zum Oeffnen und Schliessen der Flasche nicht die andere Hand des Narkotiseurs benöthigt. Die bisherigen Aetherflaschenverschlüsse haben, abgesehen von ihrem hohen Preis, den Nachtheil, dass sie aus gegenseitig beweglichen Theilen bestehen, die eingefettet werden müssen. Und da jegliches Fett von Aether gelöst wird, so versagen diese Mechanismen sehr bald. Ein noch grösserer Fehler dieser Verschlüsse besteht darin, dass man beim Ausgiessen nicht das ganze Lumen des Flaschenhalses benützen kann, da der Verschluss die Halsöffnung beträchtlich einengt. Der neue Aetherpfropfen besteht aus Griff, Pfropfen und Führungsstift, die in starrer Verbindung stehen. Beim Gebrauch fasst man den Griff zwischen Zeige- und Mittelfinger, mit den übrigen Fingern derselben Hand wird die Flasche gehalten. Durch Strecken des Zeige- und Mittelfingers wird die Flasche derart geöffnet, dass das ganze Lumen des Flaschenhalses bis auf den geringen Umfang des Führungsstiftes ausgenützt werden kann. Beim Beugen der beiden Finger tritt der Pfropfen, durch den Stift geführt, wieder in den Hals der Flasche und schliesst diese dicht ab. Der Stiftpfropfen, der auf die meisten der gebräuchlichen Aetherflaschen passt, wird von C. Stiefenhofer in München in den Handel gebracht (Mk. 2).

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 6.)

- Eine weitere Indication zur localen Anaesthesie mittels **Aethylchlorid und Methylchlorid** stellt Dr. H. Fischer (Wangeroo) auf: Schliessung von Wunden durch die Naht.

19*

Autor verwendet dazu das Anaesthol Dr. Speier, das in Röhren mit Blitzverschluss von der Einhorn-Apotheke in Berlin zum Preise von 85 Pfg. à 15 g, resp. 1,20 Mk à 30 g beziehbar ist. Mit 15 g kann man bequem 4 bis 5 Nähte anlegen. Da die Mehrkosten für die Röhren bei Rückgabe derselben mit 30 Pfg. wiedererstattet werden, so stellen sich später die Kosten pro Naht noch nicht auf 15 Pfg. Man lässt nun aus einer Entfernung von 30 bis 40 cm auf die Stelle der Wunde, an welcher man die Naht anlegen will, den Anaestholstrahl zuerst in die Wunde und dann sofort auf die eine der beiden Wundlippen bis zur völligen Anaemie derselben einige Secunden lang wirken, fasst sodann den Wundsaum mit der chirurgischen Pincette und führt die Nadel durch; ebenso verfährt man beim Durchstechen der anderen Wundlippe. Nach der Naht knüpft man die Fadenenden sogleich zum Knoten und legt in gleicher Weise jede weitere Naht an. Wer es vorzieht, bei oberflächlichen Wunden die Nadel ohne Zuhülfenahme der Pincette gleichzeitig durch beide Lippen zu führen, wird gleichzeitig beide Wundlippen sammt Wunde anaesthesiren.

(Die Therapie der Gegenwart, Januar 1905.)

- **Ueber locale Anaesthesie in Verbindung mit den Nebennierenpräparaten** giebt Dr. B. Müller (Hamburg) beachtenswerthe Rathschläge. Benützt man Nebennierenpräparate (ob Suprarenin oder Adrenalin bleibt sich stets gleich), so nimmt man zweckmässig Cocain zur Anaesthesie. Wenn man zu einer $\frac{1}{2}\%$ igen Cocainlösung eine Lösung von Suprarenin (resp. Adrenalin) 1:1000 in den Mengen zusetzt, dass in der $\frac{1}{2}\%$ igen Lösung Suprarenin in Stärke von 1:10 000 enthalten ist, so verstärkt das Suprarenin die Cocainwirkung ganz bedeutend, sodass die $\frac{1}{2}\%$ ige Cocain-Suprareninlösung einer 1%igen reinen Cocainlösung an Wirksamkeit entspricht, die Anaemisirung in Haut, Musculatur und Schleimhaut eine vollständige ist und beim Operiren nur die grösseren Arterien bluten. Von der $\frac{1}{2}\%$ igen Cocainlösung (dieselbe muss isotonisch sein, d. h. 0,7% Kochsalz enthalten) kann man bis 20 ccm injiciren. Vom Suprarenin setzt man der Cocainlösung auf 100 ccm 0,01 g zu, sodass also eine Lösung von 1 Suprarenin auf 10 000 Flüssigkeit entsteht. Die Lösungen soll man erst kurz vor der Injection herstellen, weil sich Suprarenin in dünnen Lösungen leicht zersetzt. Man hält sich daher am besten 2 Lösungen vorrätig: Lösung I das officinelle Suprarenin (1:1000) und Lösung II:

Rp. Cocain. mur. 0,5
 Natr. chlorat. 0,7
 Aq. dest. 100,0

Wenn man von Lösung II 10 ccm nimmt und 1 ccm der Lösung I hinzufügt, so erhält man die für Anaesthesie und Anaemisirung geeignete Flüssigkeit. Dieselbe ist öfters zu erneuern resp. frisch zu sterilisiren. Man kann von ihr gut pro dosi 2—3 ccm verwenden, event. auch 5 ccm. Autor hat die Maximaldosis für Suprarenin genau erforscht. Es treten bei Injection zwecks Anaemisirung Vergiftungserscheinungen auf, wenn man 0,001 g Suprarenin injicirt, während bei 0,0001 g keine solchen auftreten. Braucht man mehr als 0,0001 g, als 1 ccm der Lösung 1:10000, so zeigen bisweilen sich leichte Vergiftungserscheinungen. Meist genügt für die locale Anaesthesie und Anaemisirung 1 ccm der Lösung 1:10000 für eine Injection. Wartet man 1—2 Minuten, bis man wieder injicirt, und incidirt erst das eben beschickte Gewebe, so wird man nichts Unangenehmes erleben. Deshalb sollte man zwischen den einzelnen Injectionen ein wenig warten und nicht sofort das ganze Operationsgebiet beschicken, sondern nach und nach injiciren. Bei sehr grossen Gebieten thut man gut, zur Lösung II nur $\frac{1}{2}$ ccm der Lösung I hinzuzusetzen; man kann dann ruhig 3—5 Spritzen auf einmal injiciren. Ist das Gebiet aber nicht gross, so genügt pro Injection 1 ccm der Lösung von Suprarenin 1:10000. Nach den Injectionen warte man stets 2—5 Minuten, bis das Gewebe hell oder gelb aussieht und gefühllos wird. Grössere Gefässe sind sofort zu ligiren.

(Medicinische Klinik 1905 No. 11.)

- **Eucaïn. lactic.**, welches wegen seiner grösseren Löslichkeit dem saßsauren Eucaïn, besonders für Schleimhautanaesthesie, und im Allgemeinen seiner geringeren Giftigkeit wegen dem Cocain vorgezogen wird, wird zweckmässig nach folgenden Formeln verordnet:

Rp. Eucaïn. lactic. 0,2
 Sol. Natr. chlorat. (0,6%) ad 10,0
 S. Zum Einträufeln ins Auge.

Rp. Eucaïn. lactic. 0,1—0,2
 Sol. Adrenalin. (1:1000) gtt. V—X
 Sol. Natr. chlorat. (0,6%) ad 10,0
 S. Zur Injection für regionäre Anaesthesie, für Zahnextraktionen.

Rp. Eucaïn. lactic. 0,1—0,2
 Sol. Adrenalin. (1 : 1000) gtt. V—X
 Sol. Natr. chlorat. (0,8%) ad 100,0
 S. Zur Injection für Infiltrationsanaesthetie.

Rp. Eucaïn. lactic. 1,0—1,5
 Aq. dest. ad 10,0
 S. Zum Pinseln und zum Tränken von Tampons für Schleimhautanaesthetie.

Rp. Eucaïn. lactic. 1,0—1,5
 Sol. Adrenalin. (1 : 1000) gtt. XXX
 Aq. dest. ad 10,0
 S. Zum Pinseln und Tränken von Tampons für Schleimhautanaesthetie.

Rp. Eucaïn. lactic. 1,0
 Menthol. 0,2
 Ol. Oliv. 2,0
 Lanolin. s. Fetron. ad 10,0
 S. Juckenstillende Salbe für Haemorrhoiden, Pruritus ani etc.

(Therap. Monatshefte Februar 1905.)

Angina. Halspastillen bei Mandelentzündungen empfiehlt

Dr. W. Zeuner (Berlin). Bei der Behandlung der verschiedenen Formen der Tonsillitis hat sich ihm seit vielen Jahren die Verordnung von Pastillen nach folgender Formel trefflich bewährt:

Rp.: Resin. Guajaci
 Sacch. alb. aa 2,0
 M. f. trochisc. No. X.
 T. 2stdl. ein Plätzchen.

Aber die Einzelherstellung vertheuert die Sache, auch werden solche Trochisci nicht gleichmässig hergestellt. Es werden deshalb jetzt solche Pastillen unter Zusatz von etwas Anaesthesin, Menthol und Ol. Rosar. im Grossen hergestellt (Victoria-Apotheke Berlin SW.), welche von den Pat., da sie in kleinerem Format gemacht sind und von denen man $\frac{1}{2}$ stdl. ein Stück langsam im Munde zergehen lassen kann, als schätzenswerthes Ersatzmittel für die unbequemen Gurgelungen betrachtet werden. Beläge und Schwellungen verschwinden dabei auffallend rasch. Diese Pastillen sind auch bei Personen, die grosse Neigung zu Halsentzündungen haben, ihre Stimme anstrengen und sich in schlecht ventilirten Räumen aufhalten müssen (Lehrer, Geistliche, Redner,

Sänger, Offiziere etc.), zu prophylaktischen Zwecken sehr geeignet.

(Therap. Monatshefte 1904 Nr. 12.)

— **Ueber den Werth des Formaldehyds für die interne Therapie** spricht sich Dr. P. Rosenberg (Berlin) aus. Er benützt jetzt die *Formamint-Tabletten*, welche 0,01 g Formaldehyd enthalten, an Milchzucker und Menthol gebunden, ausschliesslich, und zwar mit sehr zufriedenstellendem Erfolge. In den letzten 7 Monaten behandelte er damit 45 Fälle von A., 6 von *Diphtherie*, 7 von *Scharlach*, 2 von *Erysipel*, 1 von *Pyämie* und 2 von *Cystitis*. Bei A. und Diphtherie wurde nichts anderes therapeutisch angewandt, als jene Tabletten. Nur in den Fällen von A., wo übler Geruch aus dem Munde vorhanden war, verordnete Autor noch folgendes Gurgelwasser:

Rp.: Formalin. 10,0
Tct. Ratanh. 5,0
Menthol 2,0
Spir. vin. ad 100,0

S. $\frac{1}{2}$ —1 Theelöffel auf $\frac{1}{4}$ l Wasser.

In allen Fällen war spätestens nach 3 tägiger Medication der Belag sowohl, wie die Temperatursteigerung, die in einzelnen Fällen über 40° betragen hat, geschwunden; oft war das schon nach 2 Tagen zu beobachten, und in 3 Fällen konnte man fast von einer Coupierung sprechen. Beim Scharlach ging die Temperatur nicht in der typischen Curve zurück, sondern fiel (nach 3 tägiger Medication meist) plötzlich ab zur Norm; auch wurde hier das Allgemeinbefinden und der ganze Verlauf auffallend günstig beeinflusst, accidentelle Erkrankungen traten nie hinzu, und das Befinden der Pat. war schon vor Ablauf der ersten Woche ein sehr gutes. Ein 7jähriger Knabe z. B. erkrankte mit starker A., Erbrechen und hohem Fieber (40,2°). Noch am Abend der Erkrankung begann die Behandlung; Pat. erhielt, solange er wach war, $\frac{1}{2}$ stündlich, in der Nacht sobald er erwachte und vom nächsten Morgen ab stündlich 1 Tablette. Am zweiten Tage A. geschwunden, Temperatur 36,8° (im After), Allgemeinbefinden sehr gut, reger Appetit vorhanden. Pat. erhielt von nun ab 2 stündlich 1 Tablette und sollte am dritten Tage das Bett verlassen, als ein ausgesprochenes Scharlachexanthem auftrat, ohne Temperatursteigerung, ohne Störung des Allgemeinbefindens. Nach 2 Tagen war das Exanthem weg. Pat. erhielt noch einige Tage 2 stündlich 1 Tablette. Ein anderes Kind war am zweiten Tage zu dem Pat. zu-

gelassen worden; es erkrankte 12 Tage später an regulärem Scharlach. — In einem Falle von plötzlich eintretender Pyaëmie, wo diese im Gefolge einer langjährigen Pyelonephritis sich in heftiger Weise entwickelte, wirkte die Formaldehydbehandlung recht gut, desgleichen bei Erysipel und acuter Cystitis. Der Erfolg dieser Therapie hängt allerdings sehr ab von der richtigen Dosirung, mit der man nicht ängstlich sein darf. Bei acut fieberhaften Krankheiten fängt man am besten mit $\frac{1}{2}$ stündlichen Gaben von 1 Tablette an, geht, nachdem 6—8 Stück genommen sind, zu stündlichen Gaben über und bleibt dabei, bis die Temperatur normal resp. die objectiven Krankheitserscheinungen geschwunden sind. Dann giebt man noch einige Tage 2—3 stündlich 1 Stück. Kinder über 2 Jahre erhalten erst 3—4 Tabletten in $\frac{1}{2}$ stündlichen Pausen, dann weiter wie Erwachsene 1—2 stündlich 1 Stück. Jüngere erhalten 2 stündlich 1 Tablette, in einen Löffel lauwarmen Wassers gelöst. Bei Halsaffectionen müssen die Tabletten wie Bonbons langsam im Munde aufgesogen werden, sonst kann man sie auch zerkauen, oder erst auflösen, nur nicht im ganzen verschlucken. —

- Auch Prof. G. Klemperer gab die Tabletten (4—6 Stück pro die), hauptsächlich allerdings, um den Urin zu beeinflussen. Er sah dabei Verschwinden reichlicher Harnsäure-Sedimente, sehr günstige Beeinflussung von Cystitis und Pyelitis und möchte die Tabletten deshalb als billiges Ersatzmittel des Urotropin zu weiteren Versuchen empfehlen.

(Die Therapie der Gegenwart, Februar 1905.)

Bronchitis. Ueber die Behandlung der Capillärbronchitis

mit Senfwassereinwickelungen lässt sich Prof. O. Heubner (Berlin) aus. Diese Methode, die jungen Kindern bis zum dritten Lebensjahre so häufig ernste Gefahr und tödtlichen Ausgang bringende, ausgebreitete Bronchiolitis zu bekämpfen, wendet Autor schon seit mehreren Jahrzehnten an. Es handelt sich um jene acut einsetzenden und binnen einem oder wenigen Tagen zu schwerer Erstickungsgefahr führenden Fälle von ausgebreitetem schleimigetrigem Katarrh der feinsten Bronchien, wie sie besonders häufig im Verlaufe von Masern und Keuchhusten, doch auch ohne nachweisbare specifische Infection auftreten und besonders gern schwächliche Kinder mit rhachitischem Thorax befallen. Solche kleine Pat. liegen matt da, die Augen meist halb geschlossen mit todt-

bleichem Gesicht, eine Prostration, zu der die wilde Agitation der Athmungsmusculatur in einem scharfen Contrast steht. Die Athemfrequenz erreicht die höchsten Zahlen, 70—80 Züge sind ganz gewöhnlich. Der Puls ist klein und sehr frequent, das Fieber verschieden hoch. Ein reichliches, feines, über Hinter- und Seitenfläche des Brustkorbes weit verbreitetes Rasseln kündigt an, dass der grösste Theil des Bronchialbaumes mit zähen Schleimeitermassen erfüllt ist. In diesem gefahrdrohenden Zustande setzt die Behandlung ein, die in folgender Reihe von Proceduren besteht: In einer offenen Schüssel mit etwa $\frac{1}{2}$ L. Wasser von 40° C. verrührt man $\frac{1}{2}$ kg oder mehr frisches Senfmehl so lange, bis das flüchtige Oel von der Oberfläche des dünnen Breies aufsteigt und Augen und Nase reizt; es dauert das etwa 10 Minuten. Nun wird ein leinenes Tuch, von dem man vorher durch Ausbreiten sich überzeugt hat, dass es zur völligen Einwicklung des kranken Kindes genügend gross ist, in die Flüssigkeit eingetaucht, völlig von derselben imprägnirt, ausgerungen und auf einer entsprechend grossen wollenen Decke ausgebreitet. Jetzt wird das entkleidete Kind so auf das Senftuch gelegt, dass dessen oberer Rand bis zum Halse reicht. Nun rasche Einwicklung in beide Decken, die am Halse und an den Füssen fest geschlossen werden, sodass das Kind in einer von Senföl geschwängerten Atmosphäre steckt, ohne aber diese einathmen zu müssen. Man lässt diesen Wickel 10—15, ja 20 Minuten, je nach Kräftezustand und Reaction, liegen. Nach einiger Zeit bemerkt man, wie das Kind anfängt, unruhig zu werden, ein Ausdruck der Empfindung des Reizes der Haut. Dieser zeigt sich an der krebsrothen Farbe des ganzen Körpers, wenn das Kind herausgenommen wird. Rasch wird es jetzt in ein warmes Bad gebracht oder warm abgewaschen, und dann kommt es in einen anderen Wickel mit gewöhnlichem lauem Wasser, in dem es 1— $1\frac{1}{2}$ —2 Stunden verbleibt, damit die Hauthyperaemie möglichst lange erhalten bleibt; wenn das Kind dabei am Kopfe sehr roth wird oder intensiv schwitzt, kommt es sofort heraus. Es kommt in ein zweites warmes Bad, wird, falls es sehr heiss ist, kurz mit kühlem Wasser übergossen. Dann wird es trocken gelegt und den übrigen Tag vollständig in Ruhe gelassen. Die Proceduren sind etwas langwierig, aber oft erfolgreicher, als irgend welche anderen, und überall anwendbar. Manchmal findet man am nächsten Tage die feinen Rasselgeräusche völlig verschwunden, die

Athmung frei, die Respirationszahl um 20—30 und mehr heruntergegangen, das Befinden bedeutend besser, und es erfolgt rascher Uebergang in die Reconvalescentz. Häufiger freilich ist am zweiten oder dritten Tage oder später eine Wiederholung des Verfahrens nöthig (aber höchstens 1 mal in 24 Stunden ist dasselbe auszuführen!), und bisweilen versagt es auch. (Die Therapie der Gegenwart, Januar 1905.)

— **Ueber Convulsin, ein neues Präparat gegen Katarrhe und Entzündungen der Luftwege**, theilt Dr. A. Henschel (Berlin) seine Erfahrungen mit. Er hat das hauptsächlich durch Extract. Eucalypti wirkende Mittel (hergestellt vom Apotheker Kowalewsky, Berlin O.), eine dunkelbraune, gut schmeckende Flüssigkeit (am besten in heisser Milch zu nehmen) hauptsächlich bei Kindern angewendet und hier gefunden, dass es sehr gut die Expectoration befördert und den Hustenreiz lindert. Convulsin bewährte sich besonders bei B., übte aber auch bei *Pneumonie* und *Pertussis* recht günstige Wirkung aus.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1905 No. 4.)

Cystitis. Zur inneren Behandlung des Blasenkatarrhs,

Urotropin und dessen Ersatzmittel, ergreift Prof. C. Posner das Wort. Was zunächst die Mineralwässercuren anbelangt, so sieht Autor bei ganz acuter C. am liebsten ganz davon ab, weil die den Mineralwässern zukommenden diuretischen Wirkungen meist die Beschwerden der Pat. nur steigern; bei subacuten Fällen macht er von milden Wässern Gebrauch (Wernarzer, Fachinger, Biliner, Giesshübler u. s. w.) und reservirt die Wildunger Quellen für die chronischen Fälle. Von Medicamenten steht Urotropin obenan. Es wirkt oft zauberhaft rasch bei C. und ist auch ein wirksames Prophylacticum gegen die Katheterinfection, dann um bei acuten Infectionskrankheiten (Typhus, Scharlach etc.) Complicationen seitens der Harnorgane zu verhüten. Aber freilich versagt es auch bei mancher C., und man schob dies auf die zu geringe desinficirende Kraft des Mittels. Das ist aber falsch. Nur bei gewissen Arten von C. erweist sich Urotropin als unwirksam; so bei tuberculösen und gonorrhoeischen Fällen. Also an der Art des Infectionserregers liegt es. Die eigentliche Domäne des Urotropins ist die gewöhnliche Infection mit Colibacillen, Staphylokokken etc., wie wir sie, mit oder ohne Katheterinfection, bei Stricturen der Harnröhre, Prostatahypertrophie oder auch ohne bekannte Aetiologie antreffen.

In diesen Fällen, mag es sich um leichte oder schwere Infection, um saure oder alkalische Reaction des Urins handeln, ist das Urotropin heut wohl als das werthvollste Mittel zu bezeichnen; man kann fast so weit gehen, zu sagen, dass, wenn bei einer scheinbar gutartigen chronischen C. die Urotropinwirkung gänzlich ausbleibt, hierdurch der Verdacht auf Tuberculose erregt wird. Aeltere Mittel, wie Salicyl, Salol, die Balsamica haben vielfach unangenehme Nebenwirkungen. Immerhin sollte man sich ihrer doch gelegentlich erinnern; insbesondere ist es doch nicht zu vergessen, dass Mitteln, wie z. B. dem Terpentin, doch eine sehr hohe, direct antikatarrhalische Eigenschaft innewohnt, welche Urotropin im minderen Grade besitzt. Man kann mitunter sehen, dass lange mit Urotropin behandelte, auch bis zu einem gewissen Grade gebesserte Fälle plötzlich noch sehr erhebliche Fortschritte machen, wenn man dann zu einer vorsichtigen Terpentinbehandlung (anfangs nur 5, in allmählicher Steigerung etwa 10 Tropfen 3mal am Tage) übergeht. Dagegen bilden die Ersatzmittel des Urotropins keine Verbesserung der Therapie. Helmitol enthält 59,3% Methylencitronensäure, die therapeutisch kaum in Betracht kommt, und nur 40,7% Urotropin, also in 1 g noch nicht die Hälfte der wirksamen Substanz. Wir müssen deshalb auch vom Helmitol die doppelte Menge wie vom Urotropin geben, von letzterem 3—4 mal täglich $\frac{1}{2}$ g, von jenem 1 g, also eine Vertheuerung der Ordination. Auch Hetralin steht im Werthe nicht höher als Urotropin. Autor schliesst: „Bei acuten gonorrhoeischen Urethrocystitiden leisten am meisten die Balsamica, denen auch bei chronischen Fällen die eclatanteste schmerzlindernde Wirkung innewohnt; unter den inneren Desinficientien, namentlich bei Coli- und Staphylokokkencystitis, kennen wir bisher keines, welches dem Urotropin vorzuziehen wäre; der Tuberculose gegenüber aber richten wir mit ihm so wenig aus, wie mit den Ersatzmitteln.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 2.)

- **Ueber das Helmitol als Harnantisepticum** hat Doc. Dr. R. v. Steinbüchel (Graz) recht günstige Erfahrungen gesammelt. Das Mittel bewährte sich in einer ganzen Reihe von Fällen acuter und chronischer C. und wirkte geradezu specifisch bei Bakteriurie. Als Vorzüge des Helmitols gegenüber dem Urotropin hebt Autor noch hervor: 1. seine energische desinficirende Wirkung auf den Harn, welche insbesondere bei stark alkalischem Harne weitaus

die des Urotropins übertrifft; 2. seine Reizlosigkeit (Ungiftigkeit) für den Verdauungs- und Harntractus; 3. sein angenehmer Geschmack, wozu noch die relative Billigkeit hinzukommt, als nicht zu unterschätzender Factor bei einem Mittel, welches oft durch Wochen und Monate fortgebraucht werden muss.

(Wiener med. Presse 1905 Nr. 5.)

Ekzem. Ueber seine Erfahrungen mit **Thigenol** berichtet Dr. Iwan Bloch (Berlin). Thigenol bedeutet einen wesentlichen Fortschritt in der Schwefelbehandlung der Hautleiden und speciell in der Ekzemtherapie, wo es besonders günstig einwirkt und auch bei *acutem* E. in überraschender Weise seine Wirkung entfaltet. So sah Autor bei einem 20jährigen Pat., der seit $\frac{1}{2}$ Jahr an einem wiederholt recidivirenden vesiculösen E. an der Wange litt, das anderer Behandlung nur langsam wich, prompte Abheilung in 2 Tagen nach Application 10%iger Thigenolpaste, die ausserdem das heftige Brennen fast momentan beseitigte. In einem anderen Falle, wo sich bei einer Frau infolge von *Pediculosis capitis* ein ausserordentlich heftiges *acutes* E. des Nackens und Halses unter unerträglichem Jucken etablirt hatte, wurde dasselbe nach Beseitigung der *Pediculosis* in wenigen Tagen durch 20%ige Thigenolsalbe zum Verschwinden gebracht. Auch hier zeigte sich zunächst die stark juckenbeseitigende Wirkung des Mittels. Bei chronischem E. kann man Thigenol in stärkeren Salben anwenden, selbst rein aufpinseln; die reducirende Wirkung des Schwefels macht sich sehr bald in einer Verdünnung der inveterirten, verdickten Ekzemstellen geltend. Auch die empfindliche Scrotalhaut verträgt durchaus bis 20%ige Thigenolsalbe. Bei *Alopecia seborrhoica* bewährte sich 10%ige Thigenolsalbe und folgender Spiritus:

Rp.: Thigenol.
Glycerin. aa 15,0
Spir. Lav. 20,0
Aq. dest. ad. 200,0.

10%iger Spiritus erwies sich als vortreffliches Anti-pruriginosum auch bei einem Falle von *Urticaria*.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1904 No. 23.)

— Ueber eine neue Formel zur Bereitung von Bädern, Waschungen und Umschlägen von *Ol. cadinum* und *Anthrasol* macht Prof. A. Mibelli Mitteilung. Er em-

pfehlt zu wirklich zweckmässigen Theerbädern folgende, unbegrenzt haltbare Mischung:

Ol. cadin. 67,00
Colophon. 11,10
20%ige Sodalösung 21,90

Man erhält ein dichtes homogenes Gemisch von dunkelbrauner Farbe, das sich mit Wasser in jedem beliebigen Verhältnisse leicht mischt. 100 g dieser Emulsion genügen manchmal schon zu einem wirksamen Bade, die volle Dosis beträgt 150 g. Der grösste Vortheil dieses Präparates besteht aber in dem Umstande, dass es sich in noch höheren Concentrationen und mit geringeren Quantitäten Wasser vermischen lässt. Macht man 10,5 Pfd. 2%ige Mischungen, so erhält man eine homogene Flüssigkeit, in welcher der Theer vollkommen emulsionirt bleibt, und die sich ausgezeichnet zu Waschungen, Bädern, feuchten Umschlägen eignet, die sich nach Art einer Salbe auftragen lässt, ohne die Unannehmlichkeiten der Theersalbe aufzuweisen. Autor hatte vielfach Gelegenheit, die Wirksamkeit dieser Mischung als Vollbad oder als Umschläge zu constatiren, hauptsächlich in Bezug auf ihre antipruriginösen Eigenschaften. Unter der Form von Umschlägen bei Affectionen des Haarbodens und der Gliedmassen, speciell der Hände, wirkt sie reducirend und keratolytisch. Besonders bei 2 Pat. mit recidivirenden, bullösen Dermatosen der Vorderarme und Hände bewährte sie sich ausgezeichnet. Anthrasol lässt sich ebenso emulsioniren wie der Theer, und mischt man diese 67%ige Anthrasollösung mit Wasser in der Weise, dass man 5 oder 2%ige Lösungen erhält, so gewinnt man bei stetem Umrühren eine homogene, rahmweisse, milchartige Flüssigkeit, die sich ganz wie die obige Theermischung verwenden lässt und als Antipruriginosum meist rasch und dauerhaft wirkt. Auch in Gestalt von feuchten Umschlägen zu 2—3% wirkte sie gut bei localisirtem chronischen E. als austrocknendes, reducirendes und keratoplastisches Agens. Besonders bei den bullösen Dermatosen haben wir in diesen Umschlägen ein Mittel, welches als recht wirksam bezeichnet werden muss.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1905, Bd. 40, No. 3.)

- **Ueber berufliche Formalinonychien und -dermatitiden** berichtet Dr. Galewski (Dresden); es handelt sich um schwere Schädigungen, welche nach langem Gebrauch von Formalin, und zwar von starken Formalinlösungen an den

Händen, insbesondere an den Nägeln auftraten bei einer Reihe von Pat., welche berufsmässig Formalin anwandten. Autor beobachtete innerhalb der letzten 2 Jahre 5 solcher Fälle nach Anwendung 4—10%iger Lösungen, 3 Aerzte, welche Formalin zu pathologischen und histologischen Arbeiten verwendeten, einen Diener aus einem pathologischen Institut und einen Apotheker. In allen Fällen begann die Erkrankung erst längere Zeit nach Anwendung des Formalin, $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ Jahr danach. Sie begann gewöhnlich mit einer bräunlichen Verfärbung der Nägel; letztere erweichten allmählich, es trat eine besenartige Auffaserung derselben ein, welche durch Einbohren der einzelnen Fasern in den geschwollenen Nagelfalz sehr schmerzhaft war. Die Nägel rissen dann immer mehr ein, sie wurden spröde, rissig, zackig, verdickten sich besonders in der Umgebung des Nagelbetts, dabei stets weich und leicht einreissbar bleibend. In 2 Fällen beschränkte sich die Erkrankung nur auf die Nägel, in den 3 anderen ging sie als Dermatitis auf die Finger über und bewirkte mehr oder weniger starke ekzematöse Erkrankungen der Haut, die einmal sich bis zum Handgelenk erstreckte, mit heftigem entzündlichem Oedem complicirt war und schliesslich zum Auftreten grösserer und kleinerer Blasen führte. Auffallend war stets, dass die Nägel hier weich und locker wurden und sich umbiegen liessen, während sie beim gewöhnlichen E. hart, derb und rissig waren. Fast alle Pat. klagten über Brennen und Bohren in den Fingerspitzen und Nägeln bis zur Schmerzhaftigkeit, und 2 Pat. über eigenartig aufsteigende Schmerzen in dem Unterarm. Die Nagelerkrankung war stets eine sehr hartnäckige, dauerte in schweren Fällen $\frac{3}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ Jahre. Formalinberührung darf natürlich nicht mehr stattfinden, im übrigen hat die übliche Ekzemtherapie platzzugreifen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 4.)

Epilepsie. Neuronal bei E. hat Dr. P. Rixen (Berliner städt.

Anstalt für Epileptische in Wuhlgarten) bei 80 Fällen angewandt. Zunächst wurde das Präparat bei epileptischen Erregungs- und Verwirrheitszuständen gegeben, und zwar mit entschieden günstigem Erfolge. Nach Dosen von 1— $1\frac{1}{2}$ g erfolgte nach etwa $\frac{1}{2}$ Stunde Beruhigung und Schlaf. Bei grösserer motorischer Unruhe und deliriösen Zuständen wurde das Mittel mit befriedigendem Erfolge in Gaben von 3—4 g pro die in refracta dosi verabreicht. Bewährt hat sich auch die Verbindung von Neuronal mit

Morphium. Recht günstig beeinflusst wurden durch Neuronal speciell die nach epileptischen Anfällen auftretenden heftigen Kopfschmerzen. Um festzustellen, ob das Neuronal einen Einfluss auf Zahl und Heftigkeit der Anfälle besitzt, wurde einer Reihe von Pat. 3 mal täglich 0,5 oder 4 mal täglich 0,25 gegeben. Die Pat. klagten jedoch nach 3—4 Tagen über grosse Schläfrigkeit, sodass Neuronal nicht weiter verabfolgt werden konnte. Vier Kranke erhielten 8—10 Tage Abends 1 g Neuronal, ohne dass eine Wirkung auf die Zahl der Krampf- und Schwindelanfälle beobachtet wurde. Die hypnotische Wirkung des Neuronal macht es unmöglich, dasselbe regelmässig in grösseren Dosen wie die Bromalkalien bei Epileptikern zu verwenden. Sehr gelobt wurde von mehreren Pat. die beruhigende Wirkung, die Neuronal bei nervösen Beschwerden zur Zeit der Menses ausübt. — Autor kommt zu folgendem Resumé: „Das Neuronal ist bei epileptischen Erregungs- und Verwirrtheitszuständen ein wirksames Beruhigungs- und Schlafmittel; meistens genügen 1—2 g zur Beruhigung, bei grosser Erregung und motorischer Unruhe wird in der Regel durch 3—4 g pro die Erfolg erzielt. Insbesondere wirkt Neuronal günstig auf die nach epileptischen Anfällen auftretenden heftigen Kopfschmerzen, sowie auf nervöse Menstruationsbeschwerden. Unangenehme Nebenwirkungen kamen bisher nicht zur Beobachtung.“

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 48.)

- Ueber **die erste Hilfe beim Schlaganfall und beim epileptischen Anfall** giebt Prof. Dr. E. Mendel (Berlin) Vorschriften. Beim *Schlaganfall* wäre zunächst festzustellen, ob es sich um eine Apoplexia sanguinea oder embolica oder thrombotica handelt. Für Apoplexia embolica wird jugendliches Alter und der Nachweis von Geräuschen am Herzen sprechen, die Diagnose zwischen Blutung und Thrombose wird ohne genaue Anamnese im comatösen Stadium der Krankheit öfter nicht möglich sein. Handelt es sich um ein vollsaftiges Individuum im sechsten Lebensdecennium, so wird der Bluterguss in das Hirn als Ursache des Coma meist die grösste Wahrscheinlichkeit haben. In jedem Falle handelt es sich in erster Reihe darum, den Pat. in eine passende Lage zu bringen, ohne dass der Kopf in irgendwelcher Weise einer Bewegung ausgesetzt wird. Man kleide ihn nicht erst aus und schleppe ihn von einer Stelle zur anderen. Soweit möglich, errichte man das Lager in dem Raume, wo der Anfall eintrat.

lasse den Kopf bei Transportirungen nicht ohne die sorgfältigste Unterstützung bewegen und bringe denselben auf dem definitiven Lager in eine erhöhte Stellung. Dann Sorge man dafür, dass alles, was die Circulation beengt, Halsbinden, Leibgürtel, Corsett, entfernt werden, und kleide den Pat. langsam aus. Ist er ordentlich gelagert in einem Raume, welcher nicht über 13° R. warm sein soll und genügend gelüftet sein muss, dann lege man ihm eine Eisblase auf den Kopf. Die weiteren Maassnahmen hängen ab von dem augenblicklichen Zustande der Herzthätigkeit und Respiration. Zeigt weder Puls noch Athmung irgendwelche wesentliche Veränderung, so vermeide man eine unnöthige Vielgeschäftigkeit, man vermeide, den Pat. etwa durch Anrufen wecken, ihm Wasser oder Medicamente einflössen zu wollen, sondern warte, bis er von selbst zum Bewusstsein zurückkehrt. Ist dagegen der Puls voll, gespannt und dabei verlangsamt, die Temperatur auf 36,5 bis 36° herabgegangen, die Respiration deutlich gehindert und mühsam, stertorös, sind dabei Gesicht und Lippen cyanotisch, ist Pat. selbst kräftig und gut genährt, dann zögere man nicht, einen Aderlass zu machen, falls die Diagnose einer Blutung feststeht. Der Aderlass wird an den Armvenen der nicht gelähmten Seite gemacht, dabei höchstens 100—150 g Blut entzogen. Ist der Puls klein, beschleunigt, sind die Herztöne leise und dabei die Athmung beschleunigt, oder in Form der Cheyne-Stokes'schen verändert, dann greife man zu Excitantien, am besten zum Ol. camphorat., $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ stündlich 1 Pravazspritze, so lange, bis der Puls sich gebessert hat. Man kann dabei auch wechseln mit Injectionen von Aeth. sulfur. subcutan am Rumpfe an der nicht gelähmten Seite (an den Extremitäten leicht Lähmungen!). Zur Besserung der Herzthätigkeit empfehlen sich sodann Injectionen von Digitoxin. crystallisat. (Merck) zu 2—4 Decimilligramm, welche bei Wiederholungen nach 3—4 Stunden eine nachhaltige Wirkung auf die Besserung des Pulses ausüben. Ist die erste Gefahr für das Leben beseitigt, Puls und Respiration gebessert, so tritt zuweilen bei andauerndem Coma grosse Unruhe ein, welche man mit Morphinumjectionen zu bekämpfen hat. Ist das Bewusstsein zurückgekehrt, so vermeide man vieles Fragen, Zuführen von Besuchern etc. und reiche erst Flüssigkeiten, wenn man sich überzeugt hat, dass das Schlucken nicht gestört ist, da „Verschlucken“ dem Pat. gefährlich werden kann; auch mit Purgantien habe man es nicht eilig. — Auch beim *epileptischen Anfall*

ist passende Lagerung die erste Pflicht. Beseitigung jedes Hindernisses der Athmung, Lagerung in der Weise, dass Pat. weder von seinem Lager herunterfällt, noch sich irgendwo verletzen kann; Freimachen der Mundhöhle (Gebiss!) und Nase, Hervorholen der Zunge und Sicherung derselben gegen Bisse durch Korkstücke oder zusammengelegtes Taschentuch. In der Regel wird dies als erste Hilfe genügen. Wo bei andauerndem tonischen Krampfe der Respirationsmuskulatur Gefahr der Erstickung entsteht: zunächst Riechen von Amylnitrit (2—4 Tropfen), event. Chloroformirung und nachher Morphinumjection. Tritt unter andauernder Wiederholung der Anfälle Status epilepticus ein, zweckmässigstes Mittel ein Klysma aus 2 g Cloralhydrat und 0,01 g Morphinum oder von 4—6 g Amylenhydrat. Halten trotzdem Krämpfe und Coma an: kalte Uebergiessungen des Nackens und Rückens im Bade von 26° R., gleichzeitig eine subcutane Injection von 0,5—1,0 mg Duboisin. Hat dies Erfolg, so reiche man dem Pat. Wasser und Milch, nicht etwa Alkoholica und andere Excitantia.

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1905 No. 8.)

Gonorrhoe. Ueber Gonokokkensepsis der Neugeborenen

berichtet Dr. C. Brehmer (Säuglingsheim in Solingen-Haan). Das Kind einer an G. Leidenden kam schon mit „Augenfluss“ auf die Welt. Die Hebamme träufelte erst am zweiten Tage noch Credé ein, dann blieb das Kind 9 Tage unbehandelt. Kein Wunder, dass dann die Sache einen schlimmen Ausgang nahm. Zur Ophthalmoblenorrhoe gesellte sich eitrige Arthritis beider Fussgelenke und eines Ellenbogengelenkes, und einige Tage später starb das Kind.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 2.)

- **Bemerkungen über gonorrhoeische Arthritis** publicirt Dr. Schuster (Aachen). Ueber die *Behandlung* heisst es da:
- „Was nun die Behandlung anbetrifft, so nöthigen die acuten Fälle zur Ruhigstellung der entzündeten Gelenke. Bei hohem Fieber passt der Eisbeutel; sonst aber erreicht man bei Erkrankung einzelner grosser Gelenke oft durch intensive Wärmeanwendung, Katalpasmen, Heissluftapparate gute Besserung; auch wird man die innerliche Anwendung der Salicylpräparate nicht unversucht lassen. Ist der Hydrops sehr gross, so kommt die Punction mit folgender Ausspülung mittels

3% iger Carbollösung in Frage. Eitrige Exsudate, insbesondere wenn sie mit Phlegmone verbunden sind, verlangen ernste chirurgische Hülfe. Bei chronischer Entzündung der Fuss-, Knie- oder Hand- und Ellenbogengelenke, wo Heissluftanwendung, transpirirend wirkende heisse Vollbäder nicht helfen, muss die von Bier in die Praxis eingeführte venöse Stauung versucht werden; sie wird tagsüber ausgeführt, nachts beseitigt, der wenn auch oft langsam eintretende Erfolg ist manchmal ein vollständiger. Aus meinen Erfahrungen kann ich insbesondere bei chronischen Formen heisse, von 35° C. bis 40 und 42° gesteigerte, etwa 20 Minuten dauernde Vollbäder mit nachfolgendem Schwitzen, bei gleichzeitigem Gebrauche von subcutaner Einspritzung von 10—20 g 25%igen Jodipins nahe den erkrankten Theilen sehr empfehlen. Diese Einspritzungen passen nicht allein bei den Erkrankungen der grossen Gelenke, sondern auch da, wo man die Biersche Stauung nicht ausführen kann, z. B. am Hüft- und Schultergelenke, am Clavicularansatz, bei Erkrankung der Wirbelsäule, sowohl im Nacken, als am „os sacrum“, resp. da, wo die Wirbel erkrankt sind. Es giebt eine Reihe von gonorrhoeischen Arthritisformen, nach deren Besserung — wie z. B. am Knie, unterhalb der Patella, am Fussgelenke — nur eben merkbare Schwellungen zurückgeblieben sind, die, wenn sie auch keine grosse Functionstörung bedingen, dennoch durch ihr sehr langes Fortbestehen sowie wegen der wenn auch nicht gerade sehr starken Schmerzhaftigkeit den Patienten belästigen, um so mehr, als sie zuweilen bei grösseren Anstrengungen exacerbiren. Hier sind die Jodipininjectionen nahe den erkrankten Theilen sehr am Platze. Wenn man seiner aseptischen Nadel und seines hellen Jodipins, das vor der Injection leicht erwärmt wird, sicher ist, wenn man in die durch Chloraethyl unempfindlich gemachte und sterilisirte Hautstelle so einsticht, dass das Oel subcutan zu liegen kommt, die Stichöffnung dann mit Collod. elasticum und reiner Watte schliesst, so wird man nicht leicht eine unangenehme Nachwirkung haben. Immerhin ist es empfehlenswerth, bei Injectionen um das Knie, das Fussgelenk den Patienten 24 Stunden im Bette zubringen zu lassen. Früher liess ich den Kranken sehr bald nach der Injection herumgehen, das scheint aber zuweilen zu Schwellungen bis zu Lymphangitis Veranlassung zu geben, das würde dann erst recht Bettruhe, Bleiwasserumschläge, Einreibung mit grauer Salbe erforderlich machen. Ge-

wöhnlich kann die Injection an einem Gelenke alle 2—3 Tage vorgenommen werden. Die Besserung tritt gewöhnlich am dritten bis vierten Tage nach der Injection ein. In den Fällen von Polyarthrititis gonorrhoeica, wo viele Gelenke, insbesondere die Wirbel mit befallen sind, wo heisse Bäder und Jodipininjectionen zwar gebessert aber nicht geheilt haben, kann ich nach den vielen günstigen damit erzielten Erfolgen den Mitgebrauch von Einreibungen mit Quecksilbersalbe, methodisch täglich durchgeführt, nur immer wieder empfehlen.“

Monatsschrift f. Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene 1905 No. 1.)

— **Zinc. sulfuric. oder Silbersalze bei der Gonorrhoebehandlung?**

Diese Frage beantwortet Dr. M. Juliusberg (Neisser-sche Klinik in Breslau) dahin, dass beide ihre Berechtigung bei der Behandlung der G. haben, aber jedes in anderer Weise und in einem anderen Zeitraum. Behandelt man die G. im Anfangsstadium mit Zink, so werden die Beschwerden sehr rasch beseitigt, der Ausfluss hört auf. Aber es handelt sich um einen Scheinerfolg. Nach kurzer Zeit recidiviert das Leiden, man beginnt wieder Zinkbehandlung, erreicht binnen kurzem dasselbe Resultat, aber sehr bald ist wieder ein Recidiv da. So geht es Wochen und Monate hindurch. Man tödtet eben mit Zink nicht die Gonokokken! Zink ist zur Nachbehandlung des Katarrhs der Harnröhre, als reines Adstringens, ein wirksames Mittel, angewandt nach vorausgegangener 3—4 wöchentlicher Behandlung der G. mit einem gonokokkentödtenden Mittel; im Anfangsstadium der G. ist es durchaus unbrauchbar und hier vor seiner Anwendung direct zu warnen. Hier ist den Praktikern am meisten die Protargolbehandlung zu empfehlen, und zwar in Form von Injectionen mit $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ %iger Lösung (mit Zusatz von 3% Antipyrin) 3—4mal täglich, je 10—15 Minuten in der Harnröhre zu behalten, 1mal, wenn irgend möglich, bis 30 Minuten. Diese Injection ist, wenn möglich, zu ersetzen durch 3%ige Protargollösung (mit Zusatz von 5% Antipyrin), die aber nur 1mal am Tage anzuwenden ist. Die Protargollösung ist „frigide et recenter“ herzustellen, die Spritzen sollen mindestens 15 ccm enthalten, der Pat. muss lernen, wirklich einzuspritzen und die Harnröhre zu füllen. Bei Gonorrhoea posterior ist am wirksamsten Argent. nitr. ($\frac{1}{4}$ % Lösung) nach Guyon instilliert.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 4.)

Herpes. Einen Fall von recidivirendem H. zoster am Zeigefinger der linken Hand publicirt Dr. L. Spitzer (Wien). Bei einem 24jährigen Manne traten zum fünften Male im Verlaufe eines Jahres folgende Erscheinungen auf: Ohne jede äussere Veranlassung zeigt sich eine nicht näher definirbare Empfindlichkeit der Haut des linken Unterarmes genau entsprechend dem M. radio-brachialis. Sie äussert sich in nichts anderem, als dass der Patient seine Wäsche deutlicher spürt. Bewegungen verändern an dieser erhöhten Empfindlichkeit nichts. Die Haut ist objectiv während dieser Zeit normal, nicht heisser, noch röther als ihre Umgebung. Dieses anfängliche Schmerzgefühl zieht sich am zweiten Tage bis in den Zeigefinger und erreicht seinen Höhepunkt am dritten Tage als intensives Hitzegefühl in der Spitze des Zeigefingers. Am vierten Tage röthet sich die Haut der Endphalanx am Dorsum und nun schiessen rasch 5—6 dichtstehende Bläschen auf, deren anfänglicher klarer Inhalt sich später eitrig trübt. Mit der Eruption der Bläschen verschwindet die Schmerzempfindung in der Fingerspitze sehr rasch, während die Empfindlichkeit am Vorderarm 3—4 Tage andauert. Die objective Prüfung ergiebt eine deutliche nachweisbare Hyperaesthesia in dem früher genannten Hautgebiete, entsprechend der Verzweigung des N. radialis. Tactile, Schmerz- und thermische Reize werden viel intensiver empfunden als auf der gesunden Seite. Das Allgemeinbefinden des Patienten, dessen Lebensweise und Berufsbeschäftigung keinerlei Anhaltspunkte für die Entstehung der merkwürdigen Erkrankung lieferten, ist während der ganzen Eruption vollkommen ungestört. Bevor der Kranke in des Autors Beobachtung kam, trat die Krankheit im Verlauf von 6 Monaten 2 mal auf. Autor selbst beobachtete den Ablauf in verlässlicher Weise innerhalb von 6 Monaten bereits das dritte Mal. Die Abheilung geht innerhalb einer Woche in ganz typischer Weise vor sich. Es handelt sich demnach bei dem Pat. um eine typische, recidivirende Bläscheneruption am Rücken der Endphalanx des linken Zeigefingers, der Tage lang vorher ganz charakteristische Störungen in dem dieses Hautgebiet versorgenden Aste des N. radialis vorausgehen. Wir sind daher berechtigt, diese Erkrankung als eine sehr seltene Erscheinungsform von Herpes zoster aufzufassen, selten nicht nur durch die Fähigkeit, zu recidiviren, sondern auch durch seine Localisation.

(Dermatolog. Centralblatt, Decbr. 1904.)

- Einen **Fall von Ischias mit complicirendem H.** beschreibt Dr. H. Meyer (Bad Elster). Der Pat. hatte 8 Tage lang Schmerzen in der linken Gesässgegend und dann an der ganzen Rückseite dieses Beines entlang. Sodann zeigte sich unter Schüttelfrost, Fieber, Kopfschmerz, Erbrechen u. s. w. ein typischer H. gruppenweise an diesen Parthien mit heftigen neuralgischen Beschwerden. Die Pusteln bestanden einige Tage, zerfielen im Centrum nekrotisch und heilten dann ab. Gleichzeitig mit dem Abklingen des Ausschlages verschwanden auch die Ischiasbeschwerden vollständig.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 Nr. 4.)

Neuralgien. Einen Beitrag zur Therapie der Ischias

liefert Privatdoc. Dr. J. Lange (Leipzig). Bereits 1895 berichtete Schleich über ausserordentlich günstige Resultate bei Behandlung von N., insbesondere auch von Ischias, durch Verwendung seiner Infiltrationsanaesthesie; er injicirte bis zu 25 g seiner 1 prom. Lösung (Cocain. mur. 0,1, Morph. mur. 0,02, Natr. chlor. 0,2, Aq. dest. ad. 100,0) in einer Sitzung. Auch Bloch erzielte grossartige Erfolge mit der Infiltrationsmethode bei N. aller Art, auch bei Ischias; er benützt eine Tropacocainlösung von 2⁰/₁₀₀ mit 2⁰/₁₀₀ NaCl, die weniger giftig ist. Lange hat die Schleich'sche Methode in modificirter Form angewandt und 11 Fälle so behandelt. An der Austrittsstelle des N. ischiadicus aus dem Foramen ischiadicum, die meist einem Druckpunkte entspricht, wird mit der Schleich'schen Spritze in der Haut eine Quaddel gebildet und dann sofort mit der für diesen Zweck entsprechend langen Nadel unter gleichzeitigem Einspritzen der Lösung bis auf den Nerv vorgegangen. Es ist das verhältnissmässig einfach, da es sich ja um ein fast 1¹/₄ cm breites Gebilde handelt, das wohl stets an derselben Stelle verläuft; die Entfernung von der Haut bis zum Nerven beträgt 7—7¹/₂ cm und zu durchstechen ist nur der Glutaeus. Während der Stich durch Haut und Muskel völlig schmerzlos ist, zucken die Pat. prompt zusammen, wenn die Nadel den Nerv trifft; der Schmerz, einem elektrischen Schlage gleich, dauert nur einen Moment, da gleichzeitig die Infiltration schon vor sich geht. Autor injicirt nun ca. 70—100 ccm ohne weiter vorzugehen, und zwar ziemlich schnell. Die Einstichöffnung wird hierauf mit Heftpflaster geschlossen, und der Pat. erhält die Weisung, die nächsten Stunden nicht auf der kranken Seite zu liegen. Schon während der Injection verschwinden die Schmerzen und Druckpunkte

im Verlaufe des Nerven, und erst nach einiger Zeit macht sich ein lästiges Spannungsgefühl geltend, welches nach einigen Stunden nachlässt. Die Injectionsstelle bleibt noch einige Zeit druckempfindlich, im übrigen ist im günstigen Falle die Ischias mit einem Schlage völlig geheilt. In der Mehrzahl der Fälle musste die Injection nach einigen Tagen wiederholt werden. Autor benützte bisher eine Lösung von Eucain β 1 prom. in 8 prom. NaCl-Lösung. In 5 Fällen war voller Erfolg zu verzeichnen (und zwar 2mal nach 1maliger, 3mal nach 2maliger Injection); in den übrigen wesentliche Besserung bis auf einen Fall, wo gar kein Effect bemerkbar war. Solche Erfolge sind ja nichts Aussergewöhnliches. Wenn man aber sieht, wie ein Pat., der seit 7 Wochen wegen wahnsinniger Schmerzen nur nach grossen Morphiumdosen geschlafen hat und die ganze Zeit weder sitzen, noch liegen, noch stehen oder gehen konnte, nach einer 1maligen Injection nach noch nicht 24 Stunden wie ein Gesunder herumgeht und von dem Augenblick ab keinerlei Beschwerden mehr empfindet, so ist das ein Erfolg, wie er nicht zu den alltäglichen gehört. Oder wenn ein Arbeiter, der seit 4 Monaten an schwerer Ischias mit Atrophie des betreffenden Beines leidet, stark hinkend nur am Stock gehen kann, 2mal 24 Stunden nach der Injection völlig normal, ohne zu hinken und ohne Schmerzen läuft, dann muss man doch sagen, dass die Sache einer Nachprüfung nicht unwerth erscheint. Autor hält es vorläufig noch nicht für richtig, jeden Ischiaskranken gleich so zu behandeln; wenn aber der Fall auf die üblichen Mittel nicht reagirt, dann ist dieser harmlose, einfache, von jedem Arzte ausführbare Eingriff wohl am Platze. Wie lässt sich aber die Dauerwirkung dieser „Nerveninfiltration“ erklären? Das Eucain spielt gewiss nur eine geringe Rolle (aber es macht den Eingriff selbst schmerzlos), dagegen kann man sich wohl vorstellen, dass durch die mechanische Wirkung der injicirten isotonischen Flüssigkeitsmasse Veränderungen, Quellung, Zerrung u. dgl. bewirkt werden, die ähnlich wie in gewissen Fällen die stumpfe oder blutige Nerven- dehnung durch reactive Entzündung eine Heilung resp. Besserung bewirken. Die Vorgänge hierbei sind freilich vorläufig noch völlig dunkel. (Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 52.)

- Ueber **Trigemin** theilt Dr. B. Müller (Hamburg) seine Erfahrungen mit. Er lernte das Präparat als vorzügliches Beruhigungsmittel bei Schmerzen neuralgischer Art, z. B.

Ischias, Trigeminusneuralgie etc. schätzen, ebenso bei Zahnschmerzen infolge Pulpitis, bei Migräne, bei dysmenorrhoeischen Schmerzen und Kopfschmerz während der Menses. Autor hat gegen 100 Fälle so behandelt und Trigemini hervorragend wirksam gefunden. Anders verhält es sich bei Schmerzen anderer Aetiologie. Bei allen entzündlichen Schmerzen, acuten Schmerzanfällen (z. B. Rheumatismus), namentlich in allen Fällen, die mit Fieber, wenn auch nur geringem, oder mit Störungen des allgemeinen Wohlbefindens einhergingen, besonders aber, wo Verdauung und Magenthätigkeit darniederliegen, wurde Trigemini sehr schlecht vertragen, machte Erbrechen und Magenschmerzen intensivsten Grades. Trigemini besitzt neben einem sehr unangenehmen Geschmack auch eine sehr stark reizende Wirkung auf den Magen, und ist der Magen durch eine allgemeine Krankheit, Fieber u. dgl. gestört, dann verträgt er das Mittel durchaus nicht, ebenso wie ein „schwacher“ Magen das Präparat nicht toleriert. Aber auch sonst sehe man darauf, dass sich das Präparat nicht zersetzt (man ordnere es nie in Pulverform, sondern in Kapseln, und auch da in nicht grosser Menge) und gebe es in möglichst geringen Dosen. Bei den meisten Menschen wirkt 0,25 pro dosi genügend, bei Männern 0,3 g, und die Wirkung dieser Dosen hält viele Stunden an; grössere Dosen haben auch keine bessere Wirkung und reizen meist den Magen. Die Dosis von 0,25—0,3 g kann man ruhig nach Ablauf der Wirkung repetiren.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 7.)

Paralyse. Ueber einen Fall doppelseitiger isolirter Lähmung des *M. extensor quadriceps cruris* macht Determeyer Mittheilung. Ein 30 jähriger, rüstiger und gesunder Mann unternahm eine Fusstour und kam dabei einen steilen sogen. Zickzackweg hinunter. Unten angekommen ruhte er sich auf einer Bank aus, beim Aufstehen bemerkte er eine Schwäche in den Beinen, konnte noch eine Weile gehen, brach dann aber in den Kniegelenken zusammen. Er war nicht imstande, sich ohne Hülfe aus sitzender Stellung zu erheben. Auf die Füsse gestellt, vermochte er mit passiv durchgedrückten Knien zu stehen, brach aber bei der geringsten Beugung der Kniee zusammen. Bewegungen im Hüftgelenk, besonders Beugung, ohne jegliche Beschwerde ausführbar, aber Streckung des Unterschenkels unmöglich; Patellarreflex nicht vorhanden, Cremasterreflex lebhaft, Sensibilität nach jeder Richtung normal.

Diese Erscheinungen an beiden Beinen gleichmässig. Zwei Tage später stellte sich beiderseits der Patellarreflex wieder ein, die Lähmungserscheinungen liessen allmählich nach, und ca. 14 Tage nach Beginn der Erkrankung war völlige Heilung eingetreten. Als Ursache dieser doppelseitigen Lähmung kann nur Ueberanstrengung angesehen werden. Solche Fälle sind recht selten.

(Medic. Section d. Schles. Gesellschaft f. vaterl. Cultur in Breslau, 6. XII. 1904. —
Allgem. med. Central-Ztg. 1905 No. 1.)

- **Ein Fall von isolirter traumatischer Lähmung des rechten N. abducens** wird von Dr. Aronheim (Gevelsberg i. W.) beschrieben. Eine 60jährige, aus gesunder Familie stammende und bis dahin selbst ganz gesunde Frau glitt eines Morgens von einer an der Treppe stehenden Leiter aus und schlägt mit Hinterkopf und Rücken gegen das Treppengeländer und mit der rechten Kopfseite auf den unteren Treppengeilerknopf mit grosser Wucht auf. Anfangs ohne Bewusstsein, hatte sie sich nach 20 Minuten so weit wieder erholt, dass sie sich zu Bett begeben konnte. $\frac{1}{2}$ Stunde nach dem Unfall war sie vollständig klar, klagte aber über heftigen Schmerz in der rechten Schläfen- und Hinterhauptsgegend. Nach aussen getretene Blutungen aus Nase, Mund und Ohren waren nicht bemerkt worden, Fracturen waren nicht nachweisbar, dagegen fanden sich in der Mitte des Hinterkopfes und oberhalb der rechten Ohrmuschel je 2 hühnereigrosse schwappende Anschwellungen, und bei der Inspection des Rachens bemerkte Autor an der Mündungsstelle der rechten Tuba Eustachii am Ostium pharyngeum einen frischen Blutstreifen, der nach Abwischen sich sofort wieder erneuerte und nach der hinteren Pharynxwand hinzog. Bei der Untersuchung der Augenbewegungen fiel sofort am rechten Auge eine Ablenkung nach innen, ein typischer Strabismus convergens auf, und es zeigte sich, dass eine Lähmung des rechten N. abducens vorlag. Wie war diese zu erklären? Bei ihrem Sturze war Pat. mit dem rechten Schläfebein auf den Treppengeilerknopf aufgefallen, wodurch eine Fractur der Felsenbeinpyramide des rechten Schläfebeins ausgelöst werden konnte. Etwa $\frac{1}{2}$ Stunde nach dem Unfall constatirte Autor bereits die rechte Abducenslähmung und die Blutung aus der rechten Tuba Eustachii. Die Coincidenz der Lähmung und Blutung mit dem Trauma erlaubte einen Rückschluss auf den Sitz der Verletzung in dem vorderen Teile der Felsenbeinpyramide des rechten Schläfebeins. Es konnte sich um Contusion,

Zerrung und Compression des Abducens durch einen Bluterguss oder um Zerreissung desselben vor seinem Eintritt in den Sinus cavernosus handeln. Berücksichtigt man, dass Nervenlähmungen durch Compression eines Blutergusses innerhalb der Wandung des knöchernen Canals oder durch Druck eines Blutergusses in seiner Scheide selten unmittelbar nach stattgehabter Verletzung, sondern meist erst in den nächsten Tagen durch hinzutretende Neuritis infolge der genannten Schädigungen eintritt, dürfte aus dem sofortigen Auftreten und dem Bestehenbleiben der Lähmung vom Momente des Traumas bis auf den heutigen Tag auf eine Zerreissung des Nervenstammes, also auf einen basilaren Ursprung der Abducenslähmung geschlossen werden.

(Monatsschrift f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen 1905 Nr. 1.)

Pertussis. Zur Behandlung des Keuchhustens hat Hofrath

Dr. Stepp (Nürnberg) schon einmal *Fluoroform* empfohlen. Nachdem er seitdem wieder eine Anzahl von Fällen damit behandelt, wiederholt er die Empfehlung des Mittels, das eine ganz vorzügliche Wirkung ausübt, aufs Wärmste. Schon am ersten oder zweiten Tage ist der Effect der Behandlung zu beobachten, die auf Zahl und Intensität der Anfälle den günstigsten Einfluss ausübt und die Krankheit dann bedeutend abkürzt. Das Mittel ist gänzlich unschädlich und kann selbst zartesten Kindern gegeben und in schwersten, complicirten Fällen angewandt werden. Benützt wird die 2—2½%ige Lösung, welche geschmack- und geruchlos ist. Man giebt selbst kleinsten Kindern stündlich 1 Kaffee- bis Kinderlöffel voll, älteren bis 1 Esslöffel. Der einzige Nachtheil ist der Preis des Mittels (die 3—4 wöchentliche Ordination kostet 20—30 Mk.), der aber nicht abhalten darf, dasselbe in der angegebenen Dosis zu verabfolgen, da sonst der Curerfolg in Frage gestellt wird.

(Therap. Monatshefte, November 1904.)

- **Ueber Veronal bei Keuchhusten** theilt Dr. M. Fränkel (Berlin) seine Erfahrungen mit. Die so häufig an Säuglingen bei Darmaffectionen und später während des Zahnens beobachtete Unruhe, Schmerzhaftigkeit des Leibes etc. wurde durch Eingiessungen von Camillenthee mit 0,5 g Veronal auf 100 g und Mucil. Gumm. arab. erfolgreich bekämpft. Dies bewog Autor, diese Veronallösung bei Darmaffectionen: Brechdurchfall selbst schwerster Art mit Krampfanfällen etc. anzuwenden, und zwar mit sehr gutem

Erfolge. Dieselbe Wirkung wurde auch erzielt durch folgende Medication:

Rp.: Veronal. 1,5 : 75,0 Aq. fervid.

Aq. Valerian. 20,0

Syr. Alth. ad. 120,0

D. 2stündl. 1 Kinderlöffel in Milch.

Nachdem sich diese Arznei auch in einem sehr schweren Falle von Keuchhusten vorzüglich bewährt hatte, behandelte Autor damit (vereinzelte fügte er noch Tct. Eucalypt. 2 g oder Liq. ammon. anis. 0,5 hinzu) 12 Fälle von P. und erzielte in einigen Tagen einen überaus schnellen Erfolg, ohne irgend welche Nebenwirkung zu beobachten. Durch diese Erfolge sah er sich dann, um die Dosirung genau zu gestalten und das Einnehmen zu erleichtern, veranlasst, Veronalchocoladetabletten herstellen zu lassen in Stärke von 0,06 und 0,1, jede Tablette durch eine Rinne in zwei Theile zerlegbar. Mit diesen Tabletten behandelte er 28 Fälle mit gleichem Erfolge. Kinder unter 4 Jahren erhielten zunächst 3—4 mal täglich $\frac{1}{2}$ Tablette von den zu 0,06 g, kleine Kinder bis zum zweiten Jahre 1— $1\frac{1}{2}$ Tablette pro die. Bald konnte die Dosis noch verringert werden, doch wurde das Mittel auch nach eingetretener Besserung noch einige Zeit in kleinen Dosen gegeben. Die Tabletten wurden stets gern genommen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 6.)

Rheumatismen. Chronischer Gelenkrheumatismus der

Kinder und seine Beziehungen zur Tuberculose, über dieses Thema lässt sich Dr. J. Karcher (Basel) aus im Anschluss an die Beobachtung eines Falles. Bei dem 12jährigen Mädchen handelte es sich um eine primär chronische Polyarthrit der Interphalangealgelenke zwischen erster und zweiter Phalanx, die symmetrisch die Hände und Füße befallen hatte. Der Fall gehört in die Gruppe der „rhumatisme nouveau“ der Franzosen. Die Gelenkerkrankung ist eine Erkrankung der Gelenkkapsel und des periarticulären Gewebes. Die Knochenenden selbst zeigen keine nachweisbaren Veränderungen. Man mag darum dem Falle die Bezeichnung der Arthritis deformans im strengen Sinne absprechen, doch gestattet vor allem die auffallende Erschlaffung der Gelenkkapsel, denselben in die Gruppe der deformirenden Gelenkentzündungen im weiteren Sinne einzureihen. Hinsichtlich der Aetiologie solcher Fälle wird in der Litteratur grosses Gewicht auf

schlechte hygienische Verhältnisse gelegt, andererseits auf Heredität. Von ersterem Factor war im obigen Falle abzusehen. Was den zweiten anbelangt, so kann es sich um directe rheumatische oder arthritische Heredität handeln. Oefters liegt aber Tuberculose oder ein anderes, auf die Descendenz gravirend einwirkendes Moment vor. Wir stossen so in manchen Fällen auf degenerative Symptome verschiedener Art. Auch obige kleine Pat. trug in ihrem Gesichtsausdrucke etwas Degenerirtes an sich, das in Strabismus und einer Missbildung der Schneidezähne in greifbarer Weise zu erkennen war. Eine hervorragende Rolle scheint nun der Tuberculose zuzukommen. Obige Pat. war ebenfalls schwer tuberculös belastet und wies tuberculöse Symptome am Halse auf. Die Häufigkeit des gleichzeitigen Vorkommens von Tuberculose und chronischen rheumatischen Affectionen ist bei Kindern so gross, dass man verleitet sein möchte, einen causalen Zusammenhang zwischen beiden Affectionen zu construiren, vielleicht gar von einer tuberculösen deformirenden Polyarthrititis der Kinder zu sprechen. Manche erblicken in den rheumatoiden Erscheinungen Tuberculöser, die von der flüchtig vorübergehenden Arthralgie bis zur eigentlichen deformirenden Arthritis gehen können, eine abgeschwächte Form der Tuberculose. Oft sind solche rheumatoide Gelenkerscheinungen die einzige Manifestation einer tuberculösen Infection. Positive pathologisch-anatomische Resultate, die hier Klarheit schaffen könnten, liegen bisher nicht vor, doch klinische Beobachtungen weisen überall auf die engen Beziehungen hin, die — besonders bei Kindern — zwischen chronischem Gelenkrheumatismus und Tuberculose bestehen. Obiger Fall konnte auch durch seine Reaction gegenüber der Therapie in dieser Annahme bestärken. Die üblichen antirheumatischen Mittel hatten nicht die geringste Besserung geschaffen. Ein Winteraufenthalt in der Anstalt für erholungsbedürftige Kinder in Langenbruck brachte Besserung, sowohl der localen Erscheinungen, als auch des Allgemeinbefindens zustande. Luft, Licht, Ernährung, Pflege: unsere mächtigsten Heilfactoren gegen Tuberculose führten also bei dem Kinde eine chronisch-rheumatische Erkrankung der Heilung entgegen. Es wäre nun selbstverständlich zu weit gegangen, alle Fälle von deformirendem Gelenkrheumatismus der Kinder unter die tuberculösen Erkrankungen einzureihen. Es ist zweifellos, dass eine ganze Anzahl von Fällen anderer, als tuberculöser Natur ist. In gewissen Fällen mag auch die Tuberculose parallel

mit der Arthritis deformans ein Kind befallen, ohne dass beide Erkrankungen in directem causalen Zusammenhang zu einander stehen. Nichtsdestoweniger scheinen die engeren Beziehungen zwischen Tuberculose und den chronischen Gelenkerkrankungen der Kinder, sei es dass sie mehr der chronisch-rheumatischen, sei es mehr der deformirenden Form angehören, beachtenswerth. Jedenfalls werden in vielen Fällen die Heilerfolge grössere sein, wenn man den chronischen Rheumatismus und die Arthritis deformans der Kinder als Tuberculosen behandelt, als wenn man ihnen die Therapie der Rh. angedeihen lässt.

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1904 Nr. 12.)

- **Brustfellentzündung und Muskelrheumatismus**, so betitelt sich eine Mittheilung von Generaloberarzt a. D. Dr. A. Kirchner (Göttingen). Dieselbe betrifft einen Fall, welcher wieder die nahe Beziehungen der Pleuritis zur rheumatischen Brustmuskelerkrankung zeigt. Ein Arzt bekam im Anschluss an einen sich längere Zeit hinziehenden und speciell die Brustmuskeln afficirenden Muskelrheumatismus eine Pleuritis, welche ziemlich schwer verlief. Die Entwicklung einer Brustfellentzündung bei einem Muskelrheumatismus, welcher die grossen Brustmuskeln ergriffen hat, wird durch besondere anatomische Verhältnisse begünstigt. Aus den Mm. pectorales, serratus anticus, latissimus dorsi wird die Lymphe einerseits durch die mit den Vasis thoracis verlaufenden Lymphgefässe, andererseits durch die Vasa lymphatica intercostalia abgeführt; letztere entwickeln sich aber auch aus der Pleura. Durch diese Verbindung ist es möglich, dass in den Muskeln der Brustwand wirkende Schädlichkeiten auf dem Wege der Lymphgefässe in die Pleura gelangen. Dies dürfte auch für die Therapie einen Fingerzeig geben. Es sollte auch bei fieberfreien Fällen von Muskelrheumatismus, in welchen das Allgemeinbefinden nicht gestört ist, eine gewisse Schonung dann angezeigt sein, wenn die ergriffenen Muskeln in Lymphgefässverbindung mit dem Brustkorbinneren stehen; anstrengende Bewegungen wären zu vermeiden und mit der Massage sollte man hier recht vorsichtig sein.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 5.)

- **Die intravenöse Salicylbehandlung** wurde im vorigem Jahre warm von Dr. Mendel empfohlen. Derselbe fand, dass die beste Wirkung erfolgte, wenn von folgender Lösung

Rp. Natr. salicyl. 17,5
 Coffein. 2,5
 Aq. dest. ad 100,0

2 ccm eingespritzt wurden (jede Injection = 0,35 Natr. salicyl.). Dr. Rubens (Gelsenkirchen) theilt jetzt mit, dass er diese Methode bei ca. 60 Fällen angewandt hat, und die Resultate recht befriedigende waren. Er benützte die von den Vereinigten Chem. Werken in Charlottenburg in den Handel gebrachten zugeschmolzenen Glastuben mit „*Attritin*“ (in 2 ccm Flüssigkeit 0,35 Natr. salicyl. und 0,05 Coffein), zur Injection selbst die Spritze von J. u. H. Lieberg (Cassel) und eine Platincantile. Bei *Gelenkrheumatismus* tritt nach der Injection die Wirkung ungemein rasch ein, aber sie ist nur temporär; die Dauer der Erkrankung wird nicht abgekürzt, wohl weil man ja viel zu kleine Dosen von Salicyl injicirt. Als geradezu souveränes Mittel aber ist die endovenöse Injection anzusehen bei *Neuralgien*. Besonders bei den so schmerzhaften Neuralgien nach Influenza ist der Effect ein vorzüglicher. Gegen die Influenza selbst erwiesen sich die Injectionen als wirkungslos, dagegen war ihre Wirkung wiederum eclatant bei *Pleuritis sicca* und exsudativa.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 3.)

- **Weitere Beobachtungen zur Salicylbehandlung (die intravenöse Injection)** theilt Dr. Th. Brugsch (Altonaer Krankenhaus) mit. Es wurde zunächst an 6 acuten fieberhaften Polyarthritiden die Wirkung erprobt. Eine 1 malige Injection hatte überhaupt keinen Erfolg am ersten Tage. Erst nach der zweiten Injection (an einem Tage!) zeigte sich mässiger Einfluss auf den Process. Eine wirkliche Bekämpfung des acuten Gelenkrheumatismus mit diesen Injectionen ist in keinem dieser Fälle gelungen, und man musste stets nach kürzerer oder längerer Zeit zu der Medication per os übergehen, die dann wirksam war. Die Wirkung jedenfalls, wie sie bei stündlich verabreichten Aspirindosen von 0,5 g (bis zu 6—8 g am 1. Tage) erzielt wird, wo fast stets der Hauptanfall wie das Fieber gebrochen ist, zeigte sich nie. Aber auch bei leichten subacuten oder chronisch recidivirenden Fällen sah Autor keinen grösseren Einfluss der Injectionen als der Gabe per os, im Gegentheil hat er den Eindruck, dass Aspirin weit schneller, sicherer und schmerzlindernder wirkt, als das intravenös verabreichte Natr. salicyl. Mendel sieht als das eigentliche Feld der intravenösen Behandlung die Rh. an, wo die per os gegebene Salicylsäure unwirksam ist oder

ihre Wirksamkeit verloren hat, d. h. jene meist mono-articulären, vorzugsweise Schulter- und Kniegelenk befallenden chronischen Gelenkerkrankungen, die mit Hydrops, Kapselverdickungen etc. einhergehen. Ist es schon unwahrscheinlich, dass das Salicyl, das vom Darm her nicht anders ins Blut gelangt, als unmittelbar durch intravenöse Einverleibung, auf einmal hier eine Wirkung ausübt, wo es dort versagt, so glaubt Autor nach seinen Erfahrungen, dass gerade hier am wenigsten das Feld der intravenösen Injection liegt; im Gegentheil, hier ist es angezeigt, neben der üblichen Massage (event. auch Ruhigstellung selbst mit Extension des Gelenkes), Heissluftbehandlung, Fangoanwendung u. s. w., vorzugsweise die Externa des Salicyls: Mesotan, Gaultheriaöl, Dermanan, Rheumasan anzuwenden.

(Die Therapie der Gogenwart, Februar 1905.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. In Bezug

auf das Kapitel **Gummihandschuhe und Placentarlösung** kommt Dr. Mende (Gottesberg) zu dem Schluss, dass die bisherigen Anweisungen betreffs Sterilisierung und Aufbewahrung der Handschuhe für den prakt. Arzt zu complicirt sind. Nach seinen 3jährigen Erfahrungen über Gummihandschuhe, deren er sich bei jedem geburtshülflichen Eingriff bedient, erscheint ihm für den Praktiker folgendes Verfahren als das einfachste und sicherste:

Die Friedrichschen Operationshandschuhe (5–6 Stück) werden zu Hause genau 5 Minuten lang gekocht und dann mit steriler Kornzange in eine weithalsige, circa 20 cm hohe Einlegekrause mit Patentverschluss gefüllt, in welcher sich eine Sublimat-Glycerinlösung (2–3 Angerer-Pastillen auf 1 Liter Glycerin) befindet.*) Glasdeckel und Rand der Krause, ersterer auf seiner Innenseite, waren vorher mit Sublimatlösung gründlich abgerieben worden. Damit ist die Vorbereitung der Handschuhe beendet. Die Sublimat-Glycerinlösung kann längere Zeit verwendet werden; sie bedarf einer Erneuerung, wenn sie sich nach häufigem Umfüllen zu entfärben beginnt. In dieser Sublimat-Glycerinlösung halten sich die Handschuhe ausgezeichnet und büssen nichts von ihrer Elasticität, selbst über lange Zeit hinaus, ein. Die verschlossene Krause und das in ihr enthaltene

*) Die Lösung der Pastillen in Glycerin erfolgt kalt sehr langsam; es empfiehlt sich daher, eine kleine Menge Glycerin zu erhitzen, die Pastillen darin zu lösen, dann erst das übrige Glycerin hinzuzusetzen und durch Umrühren mit einem Glasstabe alles gleichmässig zu vertheilen.

Sublimat-Glycerin schützt die Handschuhe vor jeder nur denkbaren Infection. Die Krause selbst besteht aus dickem Glas, und eine Zertrümmerung derselben dürfte wohl nur durch solche Gewaltén zu erwarten sein, die auch das übrige Instrumentarium schwer schädigen würden.

Bei der Kreissenden nun wird die Krause auf einen Tisch gestellt, der Verschluss geöffnet und dadurch der Deckel gelüftet; es folgt dann die Desinfection der Hände nach einer der bekannten Methoden, der Autor ein gründliches Abspülen in Lysol oder Lysoform folgen lässt, um die Haut wieder glatt und schlüpfrig zu machen. Die Hebamme schlägt nun den Deckel der Krause zurück (im Notfall kann man dies durch Einschieben eines Fingers in den Spalt unter dem Deckel auch selbst besorgen), und ein oder zwei Handschuhe werden vorsichtig aus der Krause entnommen und in die Lysol-, respective Lysoformlösung gelegt. Hier wird der Handschuh bis zum Rande mit der Lösung gefüllt und dann möglichst unter Wasser über die Hand gezogen, was bei einiger Uebung ohne jede Schwierigkeit und schnell gelingt. Zum Herauspressen des übrigen Wassers verwendet Autor sterilen Mull, den er in einer Schwarzblechbüchse in der Geburtstasche stets bei sich führt. Nach dem Gebrauch wird der Handschuh möglichst unter Wasser abgestreift und nunmehr in einen Leinwandbeutel gelegt, um dann zu Hause nach kurzem Abseifen wieder ausgekocht und in die Sublimat-Glycerinkrause zurückgefüllt zu werden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 50.)

- **Ueber die Gefahren der Sublimatanwendung in der Geburtskúlfte** lässt sich Dr. E. Toff (Braila) aus. Er hat 11 Fälle von Sublimatvergiftung nach geburtskúlflichen Spúlungen gesehen. Bei keinem derselben war ein Symptom seitens der Mundschleimhaut vorhanden, vielmehr machten sich stets Erscheinungen von seiten zweier Hauptorgane geltend: entweder es stellten sich vorwiegend Symptome ein, die auf eine Darmreizung, oder solche, die auf eine Nierenreizung hinwiesen. Erstere traten gewöhnlich wenige Tage nach der Geburt in Form von Diarrhoeen ohne Fieber auf. Man erkannte sie, schuldigte Diaetfehler, schlechte Milch u. s. w. an, und wurden infolgedessen die Sublimat-spúlungen fortgesetzt, so entwickelte sich ein bedrohliches Krankheitsbild. Die Erscheinungen der Nierenreizung traten unter Fieber zu Tage, und wurden ebenfalls erkannt und, zumal auch sie sich gern am dritten Tage post

partum zeigten, für Puerperalinfection angesehen, wobei natürlich die Gefahr noch näher lag, dass die Spülungen fortgesetzt wurden. Gerade Puerperae sind durch Sublimat offenbar sehr gefährdet; einerseits bildet ja der Genitalschlauch nach der Geburt einen weiten Sack, in welchem grössere Flüssigkeitsmengen zurückgehalten und folglich auch grössere Giftmengen in kurzer Zeit zur Resorption gelangen können, und andererseits sind Darm und Nieren nach einer Geburt sicherlich im Zustande physiologischer Inferiorität. Bei manchen Frauen erzeugt eine einzige Spülung mit schwacher Lösung (1 : 4000) bereits Intoxication. Es ist daher rathsam, hier Sublimat nur in ganz schwachen Lösungen (1 : 6000—10 000) anzuwenden und noch eine Spülung mit physiol. Kochsalzlösung folgen zu lassen, und überhaupt vom Sublimat ganz abzustehen, wenn der Harn nicht vollkommen eiweissfrei ist oder irgendwelche Darmerkrankung vorliegt.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 49.)

- **Die prophylaktische Anwendung der Secalepräparate während der Geburt** empfiehlt Dr. Prüsmann (Kgl. Univers.-Frauenklinik Berlin). Die rechtzeitige Darreichung von Secale ist sehr wichtig, wenn man atonische Blutungen in der Geburt vermeiden will. In den Fällen, wo wir erfahrungsgemäss eine Erschlaffung der Uterusmusculatur nach dem Austritt des Kindes zu befürchten haben, dürfen wir uns nicht mit der meist nur unvollkommen möglichen Bekämpfung der bereits eingetretenen Blutung begnügen, sondern müssen das uns in den Secalepräparaten zur Verfügung stehende Mittel prophylaktisch anwenden. Es wird heute freilich vielfach für einen Kunstfehler angesehen, wenn man vor Austritt der Placenta Secale giebt. Das ist aber nicht gerechtfertigt. Secale erhöht sogar in der Nachgeburtsperiode den Tonus der Musculatur und lässt die Wehen häufiger auftreten. Wir sind mit Hilfe des Secale imstande, den Blutabgang in der Wehenpause zu vermindern und die Lösung der Placenta zu beschleunigen. Dann muss man es auch als Vorzug der prophylaktischen Darreichung des Ergotins betrachten, dass man nur selten in die Lage versetzt wird, wegen atonischer Blutung den Uterus reiben zu müssen, wodurch die physiologische Lösung der Nachgeburt empfindlich geschädigt werden kann und eine Zusammenziehung des schlaffen Uterus doch nur auf wenige Minuten erreicht wird. Nach Ergotin kann man meist, ohne den Uterus vorher viel berührt zu haben,

die nach ca. $\frac{1}{2}$ Stunde gewöhnlich gelöste Nachgeburt unter verhältnissmässig geringem Blutabgang mit dem Credé'schen Handgriff herausdrücken. Sollte aber wirklich einmal infolge Spasmus des inneren Muttermundes eine Verhaltung der Placenta eintreten, so würde man wohl meist nach einigen Zügen Chloroform, event. nach Verabreichung von 10—15 Tropfen Tinct. Opii den Muttermund für 2—3 Finger passirbar machen können, welche auch schon für eine Ausräumung meist genügen würden, wenn man sich gleichzeitig mit der äusseren Hand den Fundus uteri nach Art der Abortausräumung entgegendrückt. Dies Verfahren wird in obiger Klinik immer erst versucht, ehe man mit der ganzen Hand in den Uterus eingeht, da es in den Fällen immer vollkommen ausreicht, wo die gelöste Placenta glatt über dem inneren Muttermund liegt und man den Placentarrand bequem mit 2 Fingern herableiten kann. Um eine rechtzeitige Wirkung des Ergotins zu erhalten, würde es am günstigsten 10—15 Minuten vor der Geburt des Kindes zu geben sein. Eine intensive Wirkung tritt bei Erstgebärenden durchschnittlich etwas später ein, als bei Mehrgebärenden. Autor benützt eine 15%ige Lösung von Ergotin. aquos. bis dep. mit Zusatz von einigen Tropfen Acid. carbol., von welcher 2—4 Spritzen percutan am besten in die Glutaeen injicirt werden. Sie wird prophylaktisch in allen Fällen angewendet, in denen eine mangelhafte Contractionsfähigkeit des Uterus zu erwarten ist, und zwar bei derartigen spontanen Geburten meist erst beim Durchschneiden des Kopfes, bei Zangenentbindungen direct beim Anlegen des Forceps, bei Extractionen am Fuss beim Durchtritt des Rumpfes. In manchen Fällen von absoluter Wehenschwäche in der Austreibungsperiode, selbst wenn der Kopf erst auf dem Beckenboden steht, hält es Prof. Olshausen für ungefährlich, Ergotin zu geben, vorausgesetzt, dass man danach die kindlichen Herztöne ständig beobachtet, um gegebenenfalls mit Zange die Geburt beendigen zu können. Da auf diese Weise atonischen Blutungen sehr wirksam vorgebeugt werden kann, gilt auch secundäre Wehenschwäche in der Austreibungsperiode nicht als Contraindication für Zange. Sehr günstig wirkt die Methode auch bei Kaiserschnitten, wo man 10 Minuten vor Beginn der Operation 2—3 Spritzen injicirt. Das Ergotin wird also prophylaktisch angewandt:

1. bei allen operativen Entbindungen;
2. bei Mehrlingsgeburten;
3. bei Hydramnios;

4. bei Uterus arcuatus und allen Doppelmissbildungen des Uterus;
5. bei Uterus myomatosus;
6. bei Fällen, wo Wehenschwäche in der Eröffnungs- oder Austreibungsperiode bestanden hatte;
7. bei Fällen, wo bei vorhergehenden Geburten atonische Blutungen beobachtet waren;
8. bei allen Kaiserschnitten.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 2.)

Sepsis, Pyaemie. Casuistischer Beitrag zur therapeu-

tischen Anwendung des Dr. Aronson'schen Antistreptokokkenserums, von San.-R. Dr. R. Klein (Berlin). Zwei Fälle, welche den prompten Effect des Serums documentiren. Im ersten handelte es sich um einen 8 jährigen Knaben, bei dem im Verlaufe einer acuten Pleuropneumonie Symptome auftraten, die den Gedanken an einen septischen Charakter der Erkrankung nahe legten. Am 16. Juni erkrankte das Kind an Pneumonie, der sich Pleuritis hinzugesellte. Probepunction zeigte subseröses Exsudat, das mikroskopisch und bakteriologisch nichts Belangreiches ergab. Der Fall unterschied sich auch sonst nicht von einer gewöhnlichen Pleuropneumonie, bis am 21. Juni unter profusen, aashaft stinkenden, dünnflüssigen, missfarbenen Stühlen, die Pat. unter sich liess, und deren Häufigkeit kaum zu zählen war, mit gleichzeitiger Entwicklung eines starken Meteorismus, eine so schwere Veränderung des Allgemeinbefindens eintrat, dass man das Bild einer septischen Infection vor sich zu haben glaubte, das Sensorium trübte sich, der Puls wurde klein und sehr frequent, setzte häufig ganz aus; die Zunge wurde total trocken, die Lippen belegten sich mit dicken Borken; das Hautcolorit bekam einen gelblichen Ton; die Gesichtszüge verfielen in bedenklicher Weise; Temp. 40,7°. Injection von 30 g Antistreptokokkenserum am Abend des 21. Juni. Schon am nächsten Morgen sichtliche Besserung, und am übernächsten Tage Verschwinden aller bedrohlichen Erscheinungen, einfacher Fortgang der Pleuropneumonie. Der günstige Umschwung fiel hier nicht mit einer Krise zusammen, die Lungenentzündung bestand vielmehr noch fast 4 Wochen länger fort; er begann mit der Serumbehandlung, welche zunächst in auffallender Weise das Allgemeinbefinden beeinflusste. — Auch beim zweiten Falle, einer wahrscheinlich vom Urogenitaltractus ausgehenden schweren allgemeinen Infection bei einem 60 jährigen Manne,

zeigte das Serum (100 g) eclatanten Heilerfolg: sofort kritischer Temperaturabfall von $40,6^{\circ}$ auf $36,4^{\circ}$, verbunden mit einem geradezu wunderbaren günstigen Umschlage des Allgemeinbefindens bei Fortdauer der localen Erscheinungen. Es waren hier später noch 2 Injectionen (à 60 g) nöthig, um vollständige Heilung herbeizuführen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 3.)

- **Zur Prophylaxe des Puerperalfiebers** macht B. Credé (Dresden) den Vorschlag, grundsätzlich in jedem Falle, unbedingt aber in den schon erkrankten, unmittelbar nach der Geburt und der Reinigung der Frau, noch auf dem Gebärbette, hoch in die Scheide, event. bis in die offene Cervix oder die Gebärmutterhöhle eine Collargol-Vaginalkugel einzuschieben und den Scheideneingang dann mit steriler Gaze locker auszufüllen. Nach Bedarf kann Globulus und Gaze erneut werden. Das Collargol löst sich langsam, dringt in alle Risse und Spalten ein, ohne der lebenden Zelle zu schaden, sterilisirt die Secrete und wird zum Theil resorbirt. Natürlich wird man nicht jede Infection verhindern können, da oft die Geschlechtstheile schon vorher erkrankt sind oder die Infection eine sehr virulente ist. Eine Milderung und Verlangsamung der Erkrankung wird man aber auch dann erzielen, dies ist schon ein bedeutender Gewinn. Treten örtliche oder allgemeine Infectionsercheinungen auf, so beginnt Autor mit Ausspülungen von Collargolwasser 1 : 2000 – 5000 und legt darauf wieder einen Globulus ein, der bis zur nächsten Ausspülung desinficirend wirkt, oder, wenn die Gebärmutter selbst mehr betheiligt ist, so führt er ein Collargolstäbchen 1—2 mal täglich in dieselbe ein, ebenso wie er dies bei Infectionen der Harnröhre und der Blase thut. Bei allgemein septischen Erscheinungen beginnt er sofort mit der Silberschmiercur oder mit Collargolklysmen, oder in ernsteren Fällen mit intravenösen Collargolinjectionen von zunächst je 8—10 ccm der 2%igen Lösung. Die Zusammensetzung der Globuli ist:

Rp.: Collargol. 0,5—1,0
Talc. pulv. 0,5—1,0
Ol. Cacao 19,0 (18,0)
F. globul. vagin. No. 10.

Für die Bacilli collargoli:

Rp.: Sacch. alb. 4,0
Gumm. arab. 3,0

Sacch. lact. 2,0

Ad. Lan. 1,0

Glycerin.

Aq. dest. q. s.

Collargol. q. s. ad 2%.

Diese Masse giebt 8 Stäbchen von 4 mm Dicke und 8 cm Länge. Sehr empfehlenswerth sind auch die Klien'schen und Noffke'schen Collargolstäbchen. In einer Blech- oder Glasbüchse halten sich Globuli und Stäbchen unbeschränkt lange.

(Centralblatt f. Gynaekologie 1905 No. 6.)

— Seine **Erfahrungen über Atropinanwendung in der Frauenheilkunde** veröffentlicht Oberstabsarzt Dr. Drenkhahn (Glatz). Atropin besitzt die Eigenschaft, glatte Muskeln ruhig zu stellen. Die uteruslähmende Wirkung des Atropins ist in der Frauenheilkunde noch viel zu wenig gewürdigt worden. Das *Puerperalfieber* ist zunächst eine Wundinfektion des Uterus, und es bleibt bei völliger Ruhe des Uterus und der anliegenden Organe eine Gewebsmykose, die spontan ausheilt, während Uteruscontractionen zur Toxaemie und Bakteriaemie führen. Atropin hat sich nun als das geeignetste Mittel zur Ruhigstellung des Uterus erwiesen, und Autor hat bei beginnendem Puerperalfieber mit Atropingaben bemerkenswerthe Erfolge erzielt. Auch bei *schmerzhaften Uteruscontractionen*, z. B. während der Menstruation, bewährte sich Atropin.

(Therap. Monatshefte, 1905 No. 2.)

Syphilis. Quecksilberjodid-Jodkalium bei S. empfiehlt auf

Grund vieljähriger Erfahrung von neuem Prof. J. Penzoldt (Medicin. Klinik Erlangen). Diese Therapie leistete ihm bei den *Spätformen* der S. gute, zuweilen überraschende Dienste, und Autor hat die Ueberzeugung gewonnen, dass sie in vielen Fällen rascher und energischer wirkt, als Jodkalium oder Mercur allein. Dies ist hauptsächlich bei gummöser S. der Haut und Schleimhäute, resp. der darunter liegenden Gewebe der Fall, aber auch bei syphilitischen Krankheiten des Nervensystems. Bisweilen kommen freilich bei dieser Behandlung leichte Magen- und Darmstörungen vor, doch gehen sie gewöhnlich rasch vorüber, wenn man das Mittel ein paar Tage aussetzt. Auch lassen sie sich verhüten, wenn man Diät und Stuhlentleerung genau überwacht, d. h. alle schwer verdaulichen Speisen meiden lässt und jede Obstipation so-

fort bekämpft. Aerztliche Beaufsichtigung und Controlle ist also nöthig, zumal gelegentlich auch andere Nebenwirkungen vorkommen, so nierenschädigende, wie sie Autor 2mal sah, beide Male bei schwerer Hautlues, welche ungefähr die Hälfte der Haut einnahm. Man kann wohl hier die Entstehung der mercuriellen Nephritis auf die schwere Schädigung der Haut zurückführen, welche ja den Eintritt toxischer Nierenentzündungen begünstigt. Autor verschreibt gewöhnlich:

Rp.: Hydrarg. bijodat. 0,2

Kal. jod. 10,0

Aq. dest. 300,0

M. D. S. 3mal täglich ein Esslöffel während
des Essens zu nehmen.

(Die Therapie der Gegenwart, Januar 1905.)

- Einen **Beitrag zur Injectionstherapie der S.** liefert Schnabel (Magdeburg). Bei Injectionen von 10%iger Hg. salicyl-Paraffin-Emulsion bekommen manche Pat. nach einigen Stunden heftige Intoxicationerscheinungen besonders gastrointestinaler Natur, Kolik, Diarrhoeen, Erbrechen, Unwohlsein u. s. w. Solche Symptome fehlen, wenn man statt des Paraffin als Vehikel *Vasenol. liquid.* (Firma Dr. A. Köpp, Leipzig) nimmt, vollständig, auch bei solchen Pat., bei denen sie nach den Paraffin-Injectionen auftreten. Jedenfalls kommt dies daher, dass die zähe Vasenolmasse langsamer, allmählicher resorbirt wird. Leider macht diese öfter schmerzhaft Infiltrate, die aber statt jener Intoxicationerscheinungen gern mit in den Kauf genommen werden, und zweitens lassen sich mit in die Spritze hineingezogene Lufttheilchen aus der zähen Vasenolmasse sehr schwer herauschaffen. Dieser Nachtheile wegen verwendet Autor an erster Stelle noch das Paraffin, geht aber zu Vasenol über, sobald die Pat. die geringsten Erscheinungen jener Mercurialenteritis zeigen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 51.)

- Einen **Beitrag zur Lehre von der Vererbung der Syphilis** liefert Privatdoc. Dr. Jesionek (vgl. dermatolog. Klinik München). Matzenauer hat bekanntlich vor einiger Zeit eine paterne Vererbung der S. vollkommen gelegnet. Jesionek's Beobachtungen führten zu ganz anderen Ergebnissen, die Autor in folgenden Sätzen zusammenfasst:
1. Das Sperma eines Syphilitikers kann Contactinfection bewirken.

2. Das Sperma kann die S. vom Vater auf die Frucht übertragen; es giebt eine paterne Vererbung.
3. Es giebt einen „Choc en retour“.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 49 u. 50.)

— **Ein Fall von Nephritis syphilitica acuta** wird von Dr. H. Thiemann (Städt. Krankenhaus a. Urban zu Berlin) veröffentlicht. Der Fall ist einwandfrei, weil er die strengen Forderungen zur Annahme des syphilitischen Ursprungs einer acuten Nephritis erfüllte, nämlich dass: *erstens* die Nieren vor Beginn der syphilitischen Erkrankung gesund waren, *zweitens* die Aeuserungen der Nierenaffection parallel mit den übrigen Erscheinungen der S. laufen, und *drittens* die Albuminurie durch Quecksilberbehandlung gebessert oder geheilt wird. Die 24jährige, vorher gesunde Frau bemerkte seit 14 Tagen rothe Flecke am ganzen Körper und zugleich Schwellung der Füße. Die Untersuchung zeigt, dass es sich um frische S. und Nephritis handelt. Schon nach den ersten 3 Sublimat-injectionen (à 0,01) geht der Eiweissgehalt von 10 prom. Esbach auf 5 prom. zurück, nach 9 Injectionen betrug der Eiweissgehalt nur noch $\frac{1}{4}$ prom., die Oedeme waren bedeutend zurückgegangen, ebenso die vorhandenen Transsudate. Parallel mit der Abnahme gingen auch die syphilitischen Erscheinungen zurück. Nach 50 Injectionen konnte Pat. völlig geheilt entlassen werden. Durch die völlige Heilung der Nephritis parallel mit dem Verschwinden der syphilitischen Erscheinungen war auch der Beweis erbracht, dass die Pat. vorher nicht nierenkrank gewesen ist.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 5.)

Tuberculose. Ueber die Behandlung der Kehlkopf-

tuberculose mit Sonnenlicht berichtet Dr. Kunwald (Heilanstalt Alland). Die Methode wurde von dessen Chef Sorgo im vorigen Jahre angegeben. Ein gewöhnlicher Toilettespiegel wird an einem einfachen Holzgestell etwas über Mundhöhe des sitzenden Pat. befestigt. Das Holzgestelle besteht aus einer etwa 6—8 cm breiten und $1\frac{1}{2}$ m hohen Latte, die auf 2 Kreuzhölzern am Boden ruht. Eine Anzahl, in Abständen von etwa 3 cm in der Latte befestigter Nägel gestattet die Anbringung des Spiegels in der jeweiligen gewünschten Höhe. Die entsprechende Neigung des Spiegels wird dadurch geregelt, dass ein in einem Loche der Latte bewegliches Holzstück, je nachdem es mehr oder weniger breit hervorgeschoben wird, den

unteren Rand des Spiegels gegen den Pat. zu verschiebt. Derartige Löcher zum Einführen des Holzstiftes sind in entsprechender Menge angebracht. Der Pat. sitzt mit dem Rücken gegen die Sonne und lässt die Sonnenstrahlen durch den Toilettenspiegel in seinen Mund reflectiren. Weicher Gaumen und Rachen müssen hell beleuchtet sein. Dann fixirt er mit der linken Hand die vorgestreckte Zunge, führt einen Kehlkopfspiegel in seinen Mund auf die bekannte Weise ein und trachtet das Bild seiner Glottis im Spiegel zu sehen. Gelingt dies, so ist das Kehlkopfinnere von der Sonne beleuchtet. Jeder Pat. lernt das ohne Mühe. Die günstigste Tageszeit für die Spiegelung sind die frühen Vormittags- und späteren Nachmittagsstunden. Denn erstens würden die Pat. im Hochsommer die Mittagsgluth schlecht vertragen; dann ist die Autoskopie um so schwieriger, je mehr die Sonne dem Zenith sich nähert und um so leichter, je schräger die Strahlen einfallen; und endlich verringert sich die Wirkung der Wärmestrahlen ja um so mehr, je mehr man sich von der Mittagszeit entfernt. Die Einwirkung der Sonnenwärme aber ist ein unerwünschter, nachtheiliger Factor, weshalb auch die kühleren Jahreszeiten besser zur Behandlung sind, die freilich bei uns leider zu wenig sonnige Tage bieten. Die höchste Dauer der Spiegelung sei 1 Stunde; meist kann ja viel kürzer nur gespiegelt werden, zu Anfang halten es die Pat. höchstens 5 Minuten aus. Die Erfolge waren sehr zufriedenstellende, wie die Schilderung der 14 Fälle zeigt. Mit Ausnahme des letzten Falles, bei dem die präponderirende Laesion in einem Oedem der Aryknorpelgegend bestand, die Sonnenbehandlung daher schon von vornherein kein günstiges Resultat versprach, ergab die Sonnenbelichtung des Larynx eine wesentliche, wohl durch keine andere Methode in derselben Zeit zu erreichende Besserung. Am günstigsten wurden beeinflusst die tumorartigen Infiltrate der Larynxschleimhaut, gleichgültig an welcher Stelle des Kehlkopfes localisirt. Schlechter reagirten die diffusen, stark gerötheten Infiltrationen der Stimmbänder, obwohl auch sie zur vollständigen Rückbildung gebracht werden können. Ferner erfordern randständige Ulcerationen der Stimmbänder eine längere Heilungsdauer, als an der Stimmbandoberfläche sitzende. Im Falle einer oedematösen Schwellung im Bereiche des Larynx ist die Sonnenbehandlung contraindicirt. Im Verlaufe der Sonnenbestrahlung treten, wahrscheinlich durch den Einfluss der Wärmestrahlen, hie und da unangenehme Nebenerscheinungen auf. So bei an Pharyngitis

hypertrophica leidenden Pat. regelmässig Verschlimmerung derselben. Manchmal auch bei nicht erkrankt gewesenem Pharynx hochgradige Röthung desselben oder auch des Larynx. Die Zeitdauer der Behandlung betrug im längsten Falle 44, im kürzesten 6 Belichtungsstunden. An dem specifischen Effect der Behandlung kann nicht gezweifelt werden.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 2.)

- Einen **Beitrag zum therapeutischen Werth des Griserins** liefert Dr. Schomburg (Städt. Krankenhaus Bremen). Es wurden 12 Fälle von T. mit Griserin behandelt, meist leichte und mittlere Grade. Das Mittel wurde in Gaben von 3 mal täglich 0,2 g, steigend um 0,1 in Intervallen von 3—4 Tagen, bis täglich 0,5 g gegeben, letztere Dosen dann in geeigneten Fällen wochenlang angewendet. In fast allen Fällen traten darnach Durchfälle auf, die oft rasch vorübergingen, theilweise aber auch recht hartnäckig waren. *Irgendwelche beachtenswerthe Wirkung auf die Erscheinungen der T. selbst konnte nicht constatirt werden, der Effect auf das Leiden war gleich 0.* Gegen eine antibakterielle Wirkung des Griserins sprach auch eine andere Beobachtung. Ein Fall von septischer Endocarditis wurde 3—4 Wochen lang ohne Erfolg bis zum Exitus mit Griserin in Gaben von 0,6—0,8 täglich behandelt; indess stieg die Zahl der Streptokokken im Blute von 27 Keimen in 1 ccm zu Beginn der Darreichung des Griserins auf 70 Keime in 1 ccm gegen Schluss der Behandlung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905 No. 1.)

- **Ueber das angebliche „innere Desinfectionsmittel“ Griserin** theilt auch Director Dr. Deneke (Allgem. Krankenhaus St. Georg in Hamburg) seine an 13 Pat. mit T. gemachten Erfahrungen mit. Es war keinerlei erkennbare Wirkung zu bemerken, obwohl das Mittel bis zu 45 Tagen gegeben wurde. — Auch Dr. Ritter, Chefarzt der Lungenheilstätte Edmundsthal, berichtete in der Sitzung des Hamburger ärztl. Vereins vom 13. XII. 1904 über ungünstige Erfahrungen mit Griserin.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 3.)

- **Ueber den therapeutischen Werth des Griserins** urtheilt auf Grund seiner Versuche auch Dr. Ant. Vlach (k. k. medicin. Klinik in Prag). Diese Versuche erstreckten sich auf 24 Fälle von leichteren, 7 von schwereren Phthisen, ferner 3 Fälle typhöser Bakteriurie im Stadium der Reconvalescenz, je 1 Fall von Pleuritis exsudativa,

Thrombophlebitis, Cystitis. Es ist nicht zu leugnen, dass Griserin, wie Versuche mit Typhusbacillen zeigten, eminent baktericide Eigenschaften, schon in 1%iger Lösung, besitzt. Dass jedoch die von Küster angenommene „innere Desinfection“ der äusseren desinficirenden Wirkung nicht ohne weiteres analog zu stellen ist, sah Autor in den 3 Fällen posttyphöser Bakteriurie, die sich auch nach wochenlanger Darreichung von 0,25 g Griserin 2mal täglich nicht wesentlich änderte. In einem Falle von Typhus abdominalis stellte sich sogar trotz beständiger Griserinbehandlung nach 14 Tagen ein typisches Recidiv ein, sodass Autor an eine innere desinficirende Wirkung des Griserins im Organismus nicht glauben kann. Auch bei T. waren die Resultate nicht günstig. Nicht einmal appetitanregend wirkte das Mittel, weder eine allgemeine Beeinflussung, noch ein localer Effect war zu constatiren, die Temperaturen blieben dieselben, ebenso Respiration, Puls etc., auch sedative oder roborirende Wirkungen traten nicht hervor. Wohl aber traten oft Diarrhoeen nach Darreichung des Mittels auf, das auch öfters für die Nieren nicht ganz indifferent zu sein schien. Autor warnt daher vor der planlosen Anwendung des Griserins.

(Prager med. Wochenschrift 1905 No. 3.)

Vermischtes.

- **Eine neue sichere Epilationsmethode: das Stanzen**, empfiehlt Prof. Kromayer (Berlin). Das Princip besteht darin, mittels feiner, rotirender Cylindermesser den Haarschaft nebst Wurzelscheide und Papille aus der Haut herauszuschneiden, also in einer mechanischen Entfernung der Theile, von denen bei allen bisherigen Epilationsmethoden das Haarrecidiv ausging. Hat man mit einem Epilationsmesser die Haarwurzel so weit umschnitten, wie sie in der Cutis steckt, so kann man den das Haar enthaltenden Hautcylinder bequem mit der Pincette herausziehen: Die losen Verbindungen der Haarwurzel und der Haarpapillen mit dem subcutanen Bindegewebe lösen sich auf leichten

Zug, und das Haar in toto nebst bindegewebiger Balgumhüllung und Haarpapille wird entfernt. Da die eigentliche Cutis im Gesicht bis $1\frac{1}{2}$ mm Dicke im Durchschnitt haben dürfte, so braucht man nur bis zu dieser verhältnissmässig geringen Tiefe zu stanzen, um auch Haare, die mehrere mm tief im subcutanen Gewebe sitzen, mit Sicherheit zu entfernen. Autor hat „Kleincylinder-“ oder „Epilationsmesser“ in 6 Nummern anfertigen lassen (J. Schmehl, Berlin NW., Karlstr. 26), deren Durchmesser um je 0,1 mm von 0,7 mm bis 1,2 mm ansteigt (Nr. 7 bis 12). Je niedriger die Nummer, um so schwieriger ist es, das Haar so zu treffen, dass der ganze in der Cutis liegende Theil der Haarwurzel im gestanzten Hautcylinder liegt; je höher die Nummer, um so leichter wird dies, um so grösser ist aber der gesetzte Defect, der beim Gebrauch von No. 11 und 12 doch schon mit einer makroskopisch leicht sichtbaren Narbe heilt. Autor benützt gewöhnlich No. 8 oder 9. Man schiebt das Messer über den sichtbaren freien Haarschaft hinweg, sodass dieser in den Cylinderhohlraum zu liegen kommt, stösst mit einem raschen Ruck das Messer in der Richtung des Haarschaftes gegen und in die Haut hinein und zieht es sogleich wieder heraus. Hat man die Cutis vollkommen durchstanzt, so folgt meist der gestanzte Hautcylinder dem zurückgezogenen Messer und hängt aus der Wunde heraus, sodass man ihn wegweisen oder mit der Pincette entfernen kann. Ist das Stanzen gut gelungen, so liegt die Haarwurzel in der Mitte des gestanzten Hautcylinders und zeigt an ihrem Ende deutlich die Anschwellung ihrer Papille als Zeichen, dass das Haar ganz und definitiv entfernt ist. Ist das Messer über die Cutis hinaus etwas tief ins subcutane Gewebe geglitten, so ereignet es sich nicht selten, dass dessen lockere Bindegewebszüge beim Herausziehen des Messers zerreißen und das Hautstückchen im Hohlraum des Messers stecken bleibt, woraus es zunächst zu entfernen ist. Hat man hingegen die Cutis nicht ganz durchschnitten, so haftet der Hautcylinder fest in der Haut und muss besonders entfernt werden. Hierzu fasst man mit einer gewöhnlichen Haarpincette den freistehenden Haarschaft und zieht an ihm den gestanzten Hautcylinder ein wenig aus der Haut heraus; hierauf fasst man mit einer eigens construirten Pincette mit schmalen Branchen von der Seite den Hautcylinder fest und zieht ihn leicht heraus. Am günstigsten ist es natürlich, wenn es gelingt, gerade die Cutis eben zu durchstanzen, sodass der Haut-

cylinder nur noch lose anhängt. Damit man das Epilationsmesser bequem über den freistehenden Haarschaft führen kann, ist es nothwendig, dass dieser nicht länger, als etwa 1 mm ist. Das erreicht man am besten durch eine auf $\frac{1}{2}$ mm eingestellte Haarschneidemaschine; drückt man diese nicht zu fest auf die Haut auf, so beträgt die Länge der Haare dann mehr als $\frac{1}{2}$ mm. Es ist nun aber schwer, die einzelnen pigmentlosen Haarstumpfe zu erkennen. Man färbt also dieselben, und zwar thut dies Autor mit dem orientalischen Haarfärbemittel Henna und Reny, das die Haare dunkelbraun färbt, nicht aber die Haut. Der Schmerz beim Stanzen ist gering, man kann Anaesthesie entbehren. Manchmal bluten die kleineren Wunden etwas stark, aber Druck mit Watte genügt zur Stillung; nach einiger Zeit löst man die Watte vorsichtig ab und sieht nun gewöhnlich die Wunden durch Blutkrüstchen verklebt, sodass ein Verband unnöthig ist. Die Heilung geht unter dem Schorf rasch von statten. Um alle sichtbaren Haare auf einem bestimmten Hautbezirk, z. B. der Oberlippe, zu entfernen, sind stets mehrere Sitzungen nöthig, da eng neben einander stehende Haare nicht gleichzeitig in einer Sitzung gestanzt werden können. Manchmal wird durch Stanzen ein gewisser Reiz auf die betreffende Hautparthie ausgeübt, der sich gelegentlich in einem stärkeren Wachsthum von bisher nicht störenden Lanugohaaren bemerkbar macht, die nun ebenfalls entfernt werden müssen. Ferner wird nicht jedes Haar so getroffen, dass es dauernd entfernt wird; wenn das Messer nicht genau parallel dem Verlauf der Wurzel eingeführt worden ist und die Haarwurzel in der Cutis oder an der Grenze von Cutis und Subcutangewebe schräg durchschnitten hat, derart dass die Haarpapille stecken bleibt, dann treten Recidive ein. Das hängt von der Geschicklichkeit des Operateurs ab. Bei guter Vorbereitung (Kurzschneiden der Haare, Färben etc.) lassen sich in einer Sitzung bequem 100—200 Haare stanzen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 5.)

- **Ueber die chemische Einwirkung des Lactagols auf die Zusammensetzung der Frauenmilch** stellte J. Varges (Dresden) Versuche an. Diese ergaben, dass Lactagol den Fettgehalt über 100%, den Eiweissgehalt der Frauenmilch über 60% erhöhte, dass ferner Lactagol einer minderwerthigen Muttermilch eine gute, theilweise sogar hervorragende nahrhafte Beschaffenheit verlieh, unter

gleichzeitiger reichlicher Milchsecretion aus beiden Milchdrüsen.

(Medicinische Klinik, 12. Februar 1905.)

- Einen **Turbanverband** für die Anwendung von stark wirkenden, schmutzenden, undurchlässigen oder scharf zu begrenzenden Verbänden giebt Dr. C. Philip (Hamburg, Unna's dermatolog. Poliklinik) an. Ein rechteckiges Stück Billrothbattist, ca. 20 cm breit und dem Umfange des Kopfes entsprechend lang, wird um den Kopf gelegt und an den Enden mit einer Stecknadel provisorisch zusammengeheftet. Ueber seinen dem Kopf anliegenden Rand wird nun ein 5 cm breiter Leukoplaststreifen geführt, derart, dass das Pflaster zur Hälfte auf dem Kopf klebt (vorn auf der Stirn, hinten auf dem kurzgeschnittenen Haar). Ueber den Ohren wird der Pflasterstreifen in seiner halben Breite eingeschnitten, damit die Ohrmuschel frei heraussteht. Der Battist wird nun oben zusammengefasst und mit einer Sicherheitsnadel zusammengefügt, nachdem man Salbe etc. und ein grosses Stück Watte hineingebracht hat. Unter diesem Verband hat Autor wochenlang bei einem 5jähr. Kinde Chrysarobin anwenden können, ohne dass eine Augenreizung eintrat. Durch Lösen der Sicherheitsnadel kann man jederzeit im Augenblick die behandelte Kopfhaut controlliren und nachbehandeln. Der Verband hält 8—14 Tage; er eignet sich auch für ausgedehnte Kopfverletzungen, ist billig, schnell und bequem anzulegen und festsitzend.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 2.)

- **Ueber tonisirende Weinpräparate** lässt sich Prof. O. Liebreich aus und beschäftigt sich speciell mit *Vials Wein*, einem Chinawein, dem Fleischextract und Calciumlactophosphat hinzugesetzt sind. Da ein brauchbarer Fleischextract für sich schon ein sehr gut verträgliches Tonicum ist, so kann man die Verbindung dieser Dinge nur als eine zweckmässige bezeichnen. Diese Zusammensetzung ist auch insofern glücklich gewählt, als das Präparat neben seiner Wirkung auch für den Genuss ein durchaus angenehmes ist.

(Therap. Monatshefte, Januar 1905.)

- **Ueber die Technik der Jodipin-Injection** giebt F. Pinkus (Berlin) Anweisungen, wie sie durch die Erfahrungen verschiedener Autoren sich als am zweckmässigsten erwiesen haben. Die Injectionen von Jodipin werden am besten in den Rücken oder das Gesäss gemacht. Man beginnt mit der Injection von 1 ccm 10%igen Jodipin und kann,

wenn diese geringe Menge ohne locale und allgemeine Beschwerden ertragen wird, täglich steigen (2, 5, 10, 20 ccm) bis zu 20 ccm und mehr des starken Präparates. Die grösseren Oelquanten werden mit einer 20 ccm fassenden Ultzmannschen Spritze eingeführt, auf die eine Stahlcanüle von dem Caliber der für Serumeinspritzungen üblichen passt. Das dickflüssige starke Jodipin stellt man kurze Zeit vor der Benutzung in warmes Wasser, wodurch es dünner und leichter injicirbar wird. Die Injection kann, je nach der Verträglichkeit, zweimal wöchentlich bis täglich ausgeführt werden. Schmerzen nach der Injection sind fast nie vorhanden, obwohl auch in dieser Beziehung Ausnahmen vorkommen, welche sogar zuweilen vom weiteren Gebrauch des Mittels Abstand zu nehmen zwingen. Eine leichte, 2—3 Tage anhaltende Empfindlichkeit um die Injectionsstelle ist bei grösseren Mengen, auch bei vorsichtigster und langsamster Einspritzung, die ganz allmählich das Gewebe entfaltet, vorhanden. Ab und zu treten bei besonders empfindlichen Kranken die Erscheinungen der Jodakne ein, selten, aber dann um so hartnäckiger. Grösste Vorsicht ist zur Vermeidung von Embolien geboten. Ganz besonders ist die Beachtung aller Vorschriften bei Injection in die Glutaealgegend vonnöthen. Es gelten hier die Regeln, die für ungelöste Quecksilberinjectionen im Gebrauch sind. Die Injection wird im Liegen (Bauchlage) vorgenommen. Die Canüle soll nicht zu tief, höchstens bis in die oberflächlichen Muskellagen, eindringen. Vielleicht ist es von Nutzen, sich an die anatomischen Regeln, welche kürzlich von Grosz aufgestellt wurden, zu halten. Er giebt als beste Injectionsgegend eine Gesässparthie an, die ungefähr die Grenze zwischen äusserem und mittlerem Drittel der Hinterbacke einnimmt, von der Höhe des Oberrandes des Trochanter major an einige Fingerbreit abwärts. Jadasohn empfiehlt den äusseren oberen Quadranten des Gesässes, Möller die Parthieen, welche über einer Horizontalen durch den obersten Punkt des Trochanter major liegen. Nach dem Einstich ist die Spritze von der Canüle abzunehmen und darauf zu achten, ob Blut austritt oder auch nur der Flüssigkeitsspiegel sich vorwölbt. Nach ca. 1—2 Minuten langem Warten empfiehlt es sich, mit der (dieses Zweckes halber nicht vollkommen gefüllten) Spritze anzusaugen und wiederum zu warten, ob Blutausfluss oder Vorwölbung in 1—2 Minuten auftritt. Auch ist es wichtig, durch Ausspritzen von ein wenig Flüssigkeit aus

der Spritze in Watte sich zu überzeugen, dass kein Blut etwa in deren Ansatz aufgesogen worden war. Zur Erkennung dieser kleinen Blutmengen hat kürzlich Schäffer eine eigene Spritze mit gläsernem Canülenansatz empfohlen. Wenn alle diese Vorsichtsmassregeln ergeben, dass die Spitze der Canüle in keinem Gefässlumen steckt, wird langsam injicirt, schnell herausgezogen, etwas (nicht stark) die Gegend massirt und die Stichöffnung mit einem Zinkpflaster verschlossen.

(Medicin, Klinik 15. Januar 1905.)

— **Wie kommt die Wirkung des Ligu. ammon. anis. zustande?**

Die Frage beantwortet Dr. Oehlschläger (Danzig) wie folgt: „Jeder Arzt kennt die schnelle und sichere Wirkung des obigen Mittels bei mangelnder Expectorations, aber über das Zustandekommen dieser Wirkung werden die Ansichten vielfach auseinandergehen. Zum Theil Beobachtungen an Kranken, zum Theil Beobachtungen am eigenen Körper haben mich zu der Ueberzeugung gebracht, dass die Wirkung dieses Mittels vorzugsweise eine örtliche ist. Durch das Herunterschlucken desselben wird die ganze Mund- und Rachenhöhle mit den Dämpfen des leicht verdunstenden Mittels erfüllt und diese wirken dann, bei jeder Inspiration als Reizmittel auf die ganze Bronchialschleimhaut. Dazu ist freilich nöthig, dass das Mittel in gewisser Concentration genommen wird (etwa 10 Tropfen auf einen Esslöffel Wasser und das jede Stunde zu wiederholen) und ferner, dass etwa 5 Minuten lang nach Einathmen des Mittels nur durch den Mund geathmet wird. Man wird sich danach bald überzeugen, dass die Expectorations eine Zeit lang leichter vor sich geht. Veranlasst man den Kranken während dieser Zeit nur durch die Nase zu athmen, so bleibt die Wirkung auf den Auswurf aus; immerhin wäre zu versuchen, in gleichen Fällen Mentholpräparate geniessen zu lassen und dabei festzustellen, ob eine ähnliche, den Auswurf befördernde Wirkung beobachtet wird.“

(Allgem. med. Central-Ztg. 1905 No. 4.)

Bücherschau.

- „**Lebenskünstler.**“ Schauspiel in 5 Acten von Theo Malade. Verlag von R. Sattler, Braunschweig, Preis Mk. 2,— College Malade ist nicht nur Arzt, sondern auch Dichter. Das hat er vor einigen Jahren durch seinen Roman „Der Hülfsprediger“ bewiesen, das beweist er jetzt durch sein erstes Drama, das, gleich jenem Roman, in einem ärztlichen Milieu sich abspielt, ja den deutschen Aerzten gewidmet ist. Das Stück ist bereits mit bestem Erfolg zur Aufführung gelangt. Aber auch die Lectüre desselben ist äussert genussreich, und da der Autor Charaktere und Situationen sehr scharf und lebenswahr gezeichnet hat, vermag sie einigermassen den Theaterbesuch zu ersetzen. Ein Stück Misère des ärztlichen Standes entrollt sich vor uns, ein Bild ärztlichen Zusammenlebens in einer kleinen Stadt, das für den einen Arzt, den Idealarzt, tragisch endet. Wir empfehlen das Buch angelegentlichst zur Anschaffung; es muss jeden Arzt auf das Lebhafteste interessiren.
- „*Abel's Medicinische Lehrbücher*“ sind um einen Band bereichert worden, welcher dieser Sammlung zur Zierde gereicht: **Hypnotismus und Suggestivtherapie**, von Dr. Leo Hirschclaff. Man kann „bereichert“ sagen, obwohl es sich nicht um ein neues Buch handelt, vielmehr dieser Band bereits vor 10 Jahren erschienen ist, verfasst von M. Hirsch. Aber der Bearbeiter der zweiten Auflage hat so grosse Veränderungen vorgenommen, äussert oft so von denen seines Vorgängers abweichende Ansichten, hat so viel von seinen eigenen reichen Erfahrungen hinzugegeben, dass hier eigentlich ein neues Buch vorliegt, das ganz auf der Höhe der Zeit steht. Das Werk verfolgt hauptsächlich praktische Zwecke und wird den Praktiker vollauf befriedigen (Preis gebd. Mk. 4,50). — Im gleichen Verlage — Joh. Ambr. Barth in Leipzig — erschien in deutscher Uebersetzung (Dr. W. v. Rüdiger) das Werk eines französischen Autors (Paul Besson): **Das Radium und die Radioactivität** (Preis Mk. 3,60). Es werden hier dem Leser in recht klarer Form kurz alle wissenswerthen Thatsachen vorgeführt, sodass derselbe sich leicht orientiren kann und mannigfache Anregungen erhält. Das kleine Buch sei auch dem sich nicht praktisch mit diesem Gebiet bethätigenden Arzte zum Studium warm empfohlen.

— Von dem Riesenwerke „**Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts**“ (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin) sind die Lieferungen 126 bis 142 erschienen. Wir nennen von Arbeiten, die in denselben publicirt werden: „Barlow'sche Krankheit“ von H. Neumann, „Rhachitis“, von J. Zappert, „Die heutige Magen- und Darmchirurgie“ von J. v. Mikulicz, „Ueber Athetose“ von L. v. Frankl-Hochwart, „Die Basedowsche Krankheit“, von A. Eulenburg, „Ueber Sterilität“, von P. Strassmann, „Die Haemoptoe“ von E. Aufrecht, „Die Erkrankungen der Bronchien“, von F. Müller, „Krämpfe bei Kindern“ von K. Hochsinger, „Schwerhörigkeit“ von W. Voss, „Die Therapie des Kropfes“ von Th. Kocher, „Die chronischen Verdauungsstörungen des Säuglingsalters“ von B. Bendix, „Die Krankheiten der Neugeborenen“ von C. Keller. — Im gleichen Verlage erschien in *elfter Auflage* Landois' bekanntes **Lehrbuch der Physiologie des Menschen**, bearbeitet von Prof. R. Rosemann. Einer Empfehlung bedarf auch dieses Buch nicht mehr. Bisher liegt erst die erste Hälfte des Werkes vor, hoffentlich folgt die zweite recht bald nach.

— **Berichtigung:** Herr Dr. Schömann macht uns darauf aufmerksam, dass in seiner Arbeit (s. Excerpta S. 273) sich ein Druckfehler eingeschlichen hat; es soll nicht heissen 1—2 cg der Lösung, sondern 1—2 ccm (= 1—2 g). Dies ist also auch in unserem Referat richtig zu stellen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Mai

XIV. Jahrgang

1905.

Arznei-Exantheme. Ueber ungewöhnliche Entstehung

eines Quecksilberexanthems macht Dr. M. Joseph (Berlin) Mittheilung. Ein 36jähriger Herr stellte sich am 26. Juli mit einer leichten Schwellung der Oberlippe und der rechten Backe vor; zugleich fand sich geringes Erythem um die Mundwinkel herum. Am nächsten Tage Schwellung stärker, an den gerötheten Stellen kleine Bläschen mit Neigung zum Platzen. Am nächsten Tage Ekzem fast über das ganze Gesicht, mit Bevorzugung der um den Mund gelegenen Theile verbreitet, auch über den oberen Theil der Brust. Tags darauf auch am Genitale papulo-vesiculöses Exanthem sichtbar. Pat. leugnete entschieden, ein Medicament äusserlich oder innerlich angewandt zu haben, erinnerte sich, vor einigen Jahren einen ähnlichen Ausschlag gehabt zu haben, als er gegen Pediculi pubis graue Salbe applicirte. Nach langem Hin- und Herfragen stellte sich nun heraus, dass Pat. sich am 24. und 25. Juni von einem Zahnarzte hatte 2 Amalgamplomben einsetzen lassen. Pat. wurde zum Zahnarzt geschickt, der am 27. Juli die 2 Amalgamplomben entfernte. Aber das Exanthem ging trotzdem in den nächsten Tagen nicht zurück. Pat. wurde nochmals zum Zahnarzt geschickt und dieser entdeckte jetzt eine 3. Amalgamplombe, die ein Assistent damals noch eingesetzt hatte. Nach Entfernung auch dieser Plombe begann sich das Exanthem zurückzubilden und verschwand allmählich. Pat. musste eine starke Idiosynkrasie gegen Hg haben, da die Amalgamplomben bei

ihm so stark einwirken konnten. Merkwürdigerweise hatte er noch von früher her 6 Amalgamplomben im Munde, welche nie sich unangenehm bemerkbar gemacht hatten. Die diesmalige Erkrankung war da wohl der Qualität oder einem stärkeren Quecksilbergehalte des Materials zur Last gefallen.

(Dermatolog. Centralblatt, October 1904.)

- **Einen Fall von Jodpemphigus mit Betheiligung der Magenschleimhaut** publicirt Dr. R. Polland (Dermatolog. Klinik Graz). Einen bis jetzt einzig dastehenden Fall von Jodexanthem bei einem *Nephritiker*, wobei es nicht nur zu einer eigenthümlichen Affection der Haut kam, sondern sich auch die Magenschleimhaut mit Efflorescenzen und Geschwüren übersät erwies, hat schon Hofrath Neumann mitgetheilt. Auch Polland's Pat. litt an *Nephritis chronica* mit *Uraemie*, er hatte durch 10 Tage täglich je 1 g Jodnatrium erhalten und darauf ein Jodexanthem bekommen; bei der Section erwies sich auch die Magenschleimhaut mit Pemphigus behaftet. Die beiden Fälle stimmen völlig überein. Hier wie dort treten bei einem an chronischer Nephritis leidenden Pat. im Terminalstadium bei starken Oedemen und mangelhafter Harnausscheidung nach dem Gebrauche relativ geringer Jodgaben im Gesicht und an den Händen Efflorescenzen auf, bei denen auf entzündlich infiltrirter Basis kleine Blasen entstehen; dieselben entleeren zunächst etwas Serum, dann einen blutig-fibrinös-eitrigen Inhalt und wandeln sich in Geschwüre mit wallartigem, infiltrirtem Rand um. In beiden Fällen confluiren diese kleinen Substanzverluste zu grösseren Geschwüren, deren stark belegte Basis unter Zunahme der Infiltration an einigen Stellen stärker zu wuchern beginnt. In beiden Fällen endlich findet sich auch die Magenschleimhaut mit Efflorescenzen und Geschwüren bedeckt, deren an verschiedenen nebeneinander befindlichen Stellen erkennbare Pathogenese nicht daran zweifeln lässt, dass sie denselben Charakter haben, wie die Hautaffectionen. Beim Zustandekommen dieser schweren und seltenen Form des Jodexanthems spielt wohl die Nierenerkrankung, und zwar speciell die schwere, mit starker *Uraemie* einhergehende, wie sie bei beiden Fällen vorhanden war, eine hochwichtige Rolle. Dieses Stadium der chronischen Nierenerkrankung begünstigt in zweierlei Weise die Entstehung der Hautaffection. Erstens verlangsamt sich das Tempo der Jodausscheidung durch die Nieren, durch welche normalerweise die Eliminirung sehr rasch und vollständig

erfolgt. Zweitens kommt es durch die Nieren- und die consecutiven Herzveränderungen zu Stauungen im Kreislauf und infolge der dadurch entstehenden Hautöedeme kann an einzelnen Stellen die jodhaltige Gewebsflüssigkeit abnorm lang verweilen, und in diesen Gebieten gestörter Ernährung schädigend wirken; man sieht daher gerade an den Prädispositionsstellen der nephritischen Öedeme, an den Augenlidern, die Efflorescenzen zuerst und in ausgeprägter Form aufschliessen. Zum Verständnis der Localisation der Jodefflorescenzen in der Magenschleimhaut muss man die Untersuchungen Bjelogolowy's heranziehen, woraus sich folgendes ergibt: Beim Zustandekommen des Jodismus spielen die im Mageninhalt gewisser Kranker vorhandenen salpetrig-sauren Salze (Nitrite) eine wichtige Rolle, indem sie eine Spaltung der Jodpräparate unter Austritt von freiem Jod bewirken. Dieses Jod in statu nascendi ist offenbar die Quelle der Nebenwirkungen der Jodpräparate. Die Abspaltung von Jod unter der Einwirkung von Nitriten erfordert ein saures Medium, deshalb tritt diese Erscheinung bei abnorm erhöhter Acidität des Mageninhalts auf. Nitrite im Mageninhalt finden sich offenbar nur bei Individuen mit Hyperacidität, was wahrscheinlich durch die mangelhafte Einwirkung des Magensaftes auf den verschluckten Speichel bedingt ist. Obiger Pat. erbrach häufig sauren und urinös riechenden Mageninhalt und litt an saurem Aufstossen! Es ist naheliegend, dass es gerade im Magen, der als Retorte für jene chemischen Vorgänge dient, unter dem Einfluss des frisch abgespaltenen Jod zu besonders lebhaften Reactionerscheinungen kommt. Das mahnt für die Praxis zur Vorsicht. In Kenntniss der Thatsache, dass unter gewissen Verhältnissen durch interne Jodmedication Geschwüre im Magen zustande kommen können, wird man namentlich bei Hyperacidität des Magens mit der Joddarreichung recht vorsichtig sein müssen; man wird versuchen, durch gleichzeitige Verabfolgung säuretilgender Mittel einer Intoxication vorzubeugen, man wird bei Nierenaffectionen, besonders bei uraemischen Symptomen und Uebersäuerung des Mageninhalts am besten thun, ganz vom Jodgebrauch abzusehen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905 No. 12.)

Basedow'sche Krankheit. Einen Beitrag zur Behandlung der B. mit Antithyreoidinserum (Möbius) liefert Dr. H. Hempel (Univers.-Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Halskranke in Marburg). Die 55jährige Pat. mit

22*

ausgesprochenen Zeichen der B. erhielt jeden dritten Tag 5 g Serum per os. Schon kurze Zeit nach Beginn der Behandlung liess das Herzklopfen nach, objectiv war wesentlicher Rückgang des Exophthalmus zu constatiren; der Halsumfang ging allmählich um 2 cm zurück, die Schilddrüse wurde weicher. Am interessantesten war die Wirkung des Serums auf die Herzthätigkeit: Die einmal gesetzten hochgradigen organischen Veränderungen am Herzen, die Hypertrophie und Dilatation, konnten natürlich nicht rückgängig gemacht werden, aber es wurde auch nicht beobachtet, dass das Serum schädlich auf das anatomisch veränderte Herz einwirkt. Die Pulszahl, die zwischen 120 und 140 schwankte, ging schon nach kurzer Zeit herunter (bis auf 96), die Unregelmässigkeit verschwand, die Spannung hob sich, das starke Wogen in der Herzgegend liess nach. Der subjectiven und suggestiven Beeinflussung diese Besserung allein zuzuschreiben, das hiesse wohl zu weit gehen, denn es war auch zu beobachten, dass die Pulszahl wieder anstieg, als die Verabreichung des Serums auf 2 Wochen ausgesetzt wurde, und mit erneuter Darreichung wieder fiel. Als Beweis, dass das Serum wirklich heilend wirken kann, ist anzusprechen das Kleiner- und Weicherwerden des Kropfes, das auch noch nach Monaten bestand; der Halsumfang blieb um 2 cm kleiner. Eine Hebung des Allgemeinbefindens drückte sich in einer Gewichtszunahme von 3 Pfund aus.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 1.)

- **Einige Beobachtungen über Möbius Antithyreoidin** giebt auch Dr. K. Thienger (Städt. allgemeines Krankenhaus Nürnberg) zum Besten. 4 Basedowkranke erhielten jeden zweiten Tag 5 ccm Serum (in Süsswein). In 3 Fällen blieb als Resultat dieser Behandlung hauptsächlich eine subjective Besserung des Allgemeinbefindens. Von objectiven Zeichen der Besserung wurden gesehen: Hebung des Körpergewichts, Absinken der Pulsfrequenz. Dagegen behielt in allen 3 Fällen die Struma ihre Grösse, ebenso ihre Consistenz und vasculären Erscheinungen; auch der Exophthalmus blieb unverändert. Vielleicht lässt sich dagegen halten, dass in zwei Fällen hauptsächlich nervöse Symptome vorherrschten, dass eben ferner bei diesen Pat. die Strumen nicht die vom eigentlichen Basedowkropf verlangten Eigenschaften: weiche Consistenz und überreichliche Vascularisation, aufwiesen. Endlich waren die angewendeten Serummengen ziemlich gering. Eclatent war

der Erfolg im vierten Falle, bei einem jungen Manne, der im Zustand grössten Elends, fast in extremis, in Behandlung kam, und der ziemlich geheilt entlassen werden konnte, nachdem er 120 ccm Serum genommen. Es handelte sich hier um einen plötzlich, nach Art einer Infektionskrankheit einsetzenden, rapid verlaufenden Fall. 5 Tage vor Eintritt ins Krankenhaus bemerkte Pat. die ersten Krankheitserscheinungen, 4 Tage nach seinem Eintritt zeigte er, hochfiebernd, alle Folgen der deletären Wirkung des Basedowstoffwechselgiftes. — Diese Beobachtungen zeigen also, dass das Serum keine Panacee für jede B. ist, sehr wohl aber verdient, in ausgedehnter Weise nachgeprüft zu werden.

(Ibidem.)

- **3 Fälle von B.** beschreibt Dr. Peters (Bad Petersthal in Baden). In dem einen handelte es sich um einen schweren Fall, der zu den schlimmsten Befürchtungen berechtigte, und der sich spontan, bei Ruhe und guter Ernährung, bedeutend besserte. Bei den beiden anderen Fällen erwies sich das *Antithyreoidin* Möbius als höchst wirksamer therapeutischer Factor. In dem einen Falle, wo ganz acut ein Basedow schwerster Art sich entwickelte, wirkte das Serum geradezu lebensrettend, bei dem anderen, einem seit Jahren bestehenden Falle machte sich sein Einfluss ebenfalls bald geltend.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 11.)

- Ueber **Heilung zweier Fälle von Exophthalmus bilateralis und eines Falles von Chorea durch Entfernung von adenoiden Vegetationen** berichtet San.-Rath Dr. B. Holz (Berlin). Es handelte sich um 3 Kinder, sämmtlich etwa 7 Jahre alt. Beim ersten bestand doppelseitiger Exophthalmus neben adenoiden Vegetationen. 10 Tage nach Entfernung der letzteren war der Exophthalmus verschwunden. 2 Jahre später war mit einem Recidiv der Vegetationen auch der Exophthalmus beiderseits wieder da. Die radicale Entfernung der Rachenmandel brachte auch diesmal wieder den Exophthalmus zum Schwinden und für die Dauer. Der zweite Patient zeigte Hyperplasie der Gaumen- und Rachentonsillen. Zuerst wurden die Gaumentonsillen entfernt, was auf den Exophthalmus, der auch hier doppelseitig war, keinen Einfluss ausübte; erst als die Rachenmandeln 8 Tage darauf operirt wurden, verschwand nach 14 Tagen der Exophthalmus vollständig. Im dritten Falle handelte es sich um Chorea, deren Erscheinungen verschwanden, nachdem die adenoiden Vegetationen beseitigt worden waren. Autor kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Exophthalmus, wofern er nicht eine Protrusio bulbi aus mechanischer Ursache ist, rechtfertigt auch als einziges Symptom die Diagnose der B.
2. B. ist in ihren verschiedenen Variationen eine Vergiftung des Centralnervensystems durch abnorme innere Secretion.
3. Auch durch adenoide Vegetationen kann B. hervorgerufen werden, ebenso Epilepsie und Chorea.
4. Durch Entfernung der adenoiden Vegetationen können B., Epilepsie und Chorea geheilt werden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 4.)

Blutungen. Adrenalin bei Gebärmutterblutungen hat Dr.

Steinschneider (Franzensbad) mit Erfolg angewandt. Zunächst hatten 2 Fälle von heftigem *Nasenbluten* Anlass gegeben, zum Adrenalin zu greifen (zufällig hatte die Firma Clin in Paris ihm ein Probequantum ihrer Adrenalinlösung übersandt). Im ersten Falle handelte es sich um eine einfache heftige Epistaxis, welche, nachdem in die vorher mit Watte gereinigte Nasenhöhle ein mit Adrenalin getränkter Wattetampon eingelegt worden war, sofort und dauernd stand. Im zweiten Falle handelte es sich um eine an Addison'scher Krankheit leidende Frau, bei welcher täglich mehr oder minder heftige Nasenblutungen auftraten, die man durch Tamponade mit Liq. Alumin. acet. oder Liq. ferri sesquichl. schwer stillen konnte. Adrenalin brachte die B. sofort und für die Dauer zum Stillstand. Vorzüglich wirkte Adrenalin auch bei den 3 Fällen von Gebärmutterblutungen, die Autor damit behandelte. Es handelte sich da um Menorrhagieen, gegen die schon die verschiedensten Mittel erfolglos versucht worden waren. Nach Auswischen der Uterushöhle mit in Adrenalin getauchter, watteumwickelter Playfair'scher Sonde, welche 3 Minuten lang innen belassen wurde, sistirten die B. prompt. Es wäre demnach da, wo übermässige Gebärmutterblutungen auftreten, ohne dass gröbere anatomische Veränderungen am Uterus und den Adnexen sich nachweisen liessen, die locale Anwendung des Adrenalins um so wärmer zu empfehlen, als dieselbe ohne jede Schwierigkeit durchzuführen ist und kaum jemals unangenehme Folgeerscheinungen zeitigen dürfte.

(Münchener med. Wochenschrift 1905, Nr. 2.)

— **Ueber Styptol und seine Anwendung bei B. der Harnorgane** berichtet Dr. R. Kaufmann (Frankfurt a. M.). Er wendet das Mittel seit 2 $\frac{1}{2}$ Jahren intern (4—6 Tabletten à 0,05

pro die) und local (Injectionen oder Instillation von 1 bis 2%iger Lösung) an. Intern benützt, bewährte es sich bei B. infolge von Urethritis gonorrhoeica, Cystitis gonorrhoeica und tuberculosa, Prostatahypertrophie. Es kam kein Fall von Haematurie vor, bei dem Styptol in hinreichender Dosis (man kann ruhig bis 10 Stück Tabletten, 2stündlich 1 Stück, geben) gegeben, im Stich liess, obwohl zum Theil recht schwere B. vorlagen. Auch die locale Application bei B., welche durch Bougierungen, Dilatationen u. dgl. auftraten, hatte sehr günstige Resultate; es wurden daneben stets auch einige Tabletten intern verabfolgt.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1905 No. 19.)

- **Zur Tamponade der Nase und des Nasenrachenraumes** benützt G. Lennhoff seit ein paar Jahren bei erheblichen B., sowie vor grösseren operativen Eingriffen den „*Zugstreifentampon*“. Er schreibt:

„Ein starker Seidenfaden ist an dem einen Ende eines Gazestreifens befestigt und durchläuft von hier aus den ganzen Streifen, der harmonikaartig zusammengelegt, sterilisirt und so verpackt ist, dass alle mit ihm vorzunehmenden Manipulationen eine Berührung desselben mit den Händen des Operateurs oder Assistenten unnöthig machen. Die Tamponade wird so ausgeführt, dass das kleine Packet, aus dem das freie Ende des Fadens hervorragt, an dem entgegengesetzten Pole geöffnet und in der Mitte vom Assistenten gehalten wird. Der Operateur fasst sodann mit einer möglichst langen abgeknickten oder bajonettförmigen (oder auch geraden) Pincette das geknotete Ende des Streifens und führt dasselbe durch die Nase in den Nasenrachenraum. In der Regel benützt man dabei den unteren Nasengang. Aber ist derselbe nicht durchgängig, so kann man auch den mittleren Nasengang wählen. Nur in seltenen Fällen sind beide Nasen so obstruirt, dass das Durchführen des dünnen Gazestreifens unmöglich ist. Immerhin thut man gut, Streifen verschiedener Breite vorrätzig zu haben; so dass man sich den individuellen Verhältnissen anpassen kann. Ist der Streifen bis in den Nasenrachenraum vorgeschoben, so wird er bei Berührung der Rückseite des Gaumensegels Würgebewegungen auslösen. Der Operateur lässt sodann den Assistenten das freie Ende des Fadens festhalten bezw. etwas zurückziehen und schiebt nunmehr an dem Faden als Leitschiene entlang den Gazestreifen möglichst weit in die Nasenhöhle hinein. Es ist klar,

dass der Streifen dann an dem geknoteten Fadenende sich zu einem festen Tampon zusammenlegen wird. Es ist nun ganz dem Operateur anheimgegeben, ob er den Nasenrachenraum tamponiren will, in welchem Falle er einen möglichst langen Streifen wählen wird, den er in seiner ganzen Ausdehnung bis in den Epipharynx vorschiebt, oder ob er einen mehr oder weniger weit nach vorne gelegenen Theil der Nase abschliessen will. — Wünscht man einen besonders festen Abschluss einer Choane, so kann man den Faden nahe an seinem Knotenende sich in 3 oder 4 Einzelfäden theilen und diese einzeln in der Nähe des Streifenendes mit diesem verknöten lassen. Beim Anziehen des Knotens legt sich dann eine Platte von vorher bekannter Grösse fest gegen den Rand der Choane. Auch sind Modificationen der chemischen Imprägnation des Streifens naheliegend. Ich selbst habe mich vom Jodoform noch nicht emancipirt trotz des für Arzt und Patienten unangenehmen Geruches. Als wesentliche Vortheile dieser Tamponade betrachte ich beim Nasenrachenraum die Ausschaltung der brutalen oralen Methode mittelst des Bellocq'schen Röhrchens und bei der Nase die Sicherheit, mit der man jede beliebige Stelle der Nase verlegen und verlegt halten kann. Denn bei der sonst üblichen Tamponade der Nase ereignete es sich nicht gerade selten auch bei geübten Rhinologen, dass der Gazestreifen schon bald in den Nasenrachenraum und von da in den Rachen und den Mund des Kranken wanderte und dadurch die ganze Tamponade illusorisch machte. Beim „Zugstreifen-tampon“ wird der Streifen von vorne durch die Pincette comprimirt, von hinten durch Zug am freien Ende des Fadens in einen Tampon verwandelt; dann wird der Faden gekürzt und der Rest des Fadens um ein Stückchen Watte gewickelt und mit diesem im Naseneingang verankert. Ein Hinabfallen des Tampons in den Nasenrachenraum wird dadurch ganz unmöglich. — Es ist endlich ein Vortheil, dass dieser Tampon nicht als solcher, sondern wieder als Streifen aus der Nase entfernt werden kann, wenn er als Tampon seinen Dienst gethan hat. Vor solchen Operationen an der Nase und ihren Nebenhöhlen, welche allgemeine Narkose erfordern, empfiehlt es sich, vor Einleitung der Narkose die Tamponade zu machen, weil sie schonender, ohne Nebenverletzung der Nasenschleimhaut gemacht werden kann, wenn man den Kopf des sitzenden Patienten nach Belieben dirigiren kann. Zur Minderung des Kitzels und Niesreizes durch die Einführung des

Streifens genügt es, die Schleimhaut mit einer 10%igen Cocainlösung leicht zu bepinseln. (Die Zugstreifentampons werden von der Verbandstofffabrik von Paul Hartmann, Berlin NW. 6, angefertigt.)“

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 7.)

Condylome. Die Behandlung des Condyloma acuminatum

mittels Erfrierung empfiehlt warm Dr. M. Schein (Budapest). Das Verfahren kann nicht bloss in denjenigen Fällen geübt werden, wo mehrere C. eine grössere Fläche bedecken, oder wo die C. eine beträchtliche Grösse erreicht haben, sondern es kann auch zweckmässig bei kleineren C. Anwendung finden. Die Vereisung geschieht in der Weise, dass man mittels Aethylchloridstrahls die gesammte Oberfläche, die Basis, event. auch den Stiel des Gewächses zum Erfrieren bringt. Die gesunde Umgebung wird mittels trockener Gaze oder Watte geschützt. Sobald das Gewächs und dessen Basis hart und weiss geworden ist, ist die Procedur vollendet. Der Pat. bleibt noch einige Minuten liegen, dann steht er auf und braucht weiter keinerlei Mittel zu benützen. Das Condylom stirbt nach einigen Tagen ab und fällt von selbst ab. Nach dem Erfrieren verschwindet seine lebhaft rothe Farbe und macht einer blaurothen Platz, diese geht dann in eine schwarzblaue über, und nach 5—6 Tagen ist das Gewächs meist spurlos verschwunden. Auch wo Papillome zu förmlichen Geschwülsten zusammengefloßen waren, gleicher Erfolg. So gelang es, eine um die Analöffnung herum gewucherte Gruppe von C. durch 2maliges, in 1wöchentlicher Pause geübtes Vereisen zum Schwunde zu bringen. In mehreren Fällen, wo die C. fast den ganzen Sulcus coronarius und das Frenulum occupirten, wurden sie durch 1maliges Erfrieren weggebracht. Nur ganz selten musste die Methode 2—4 mal wiederholt werden, wenn die C. von einer dickeren Hornschicht bedeckt waren. Im ganzen wurden ca. 30 Pat. so behandelt. Das Verfahren ist einfach, sicher, reinlich, führt rasch zum Ziel, kann stets sofort vorgenommen werden, ohne Assistenz, bedarf keiner Nachbehandlung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905 No. 5.)

Fracturen und Luxationen. Die ambulante Behand-

lung der Oberschenkelfracturen führt Dr. S. Kofmann (Abtheilung für Kinderchirurgie des israelitischen Spitals in Odessa) seit 2 Jahren nach den Principien der Lorenz-

schen Coxitisbehandlung durch. Das Verfahren gestaltet sich einfach und kann auch vom Nichtfachchirurgen mit Vorthail ausgeführt werden. Man hat dazu nur die Lorenz'sche Beckenstütze und eine Anzahl eiserner Gehbügel nöthig. Autor legt den Verband genau so an, wie es Lorenz bei Coxitis thut: Reinigung, Tricotschlauchhose von der Nabelhöhe bis zur Mitte des Unterschenkels, sodann als sehr wichtig: tiefe Narkose. Pat. wird auf die Beckenstütze placirt, 1 oder 2 Gehülften extendiren beide Extremitäten, wobei die Bruchstücke vom Operirenden reponirt werden und der betreffenden Extremität die Position in ziemlicher Abduction und leichter Rotation nach aussen gesichert wird; Watte- resp. Filzpolsterung der Cristae und Spinae ilei beiderseits, des Tuber ischii und Trochanter major der fraglichen Seite und der Patellar-gegend; Anlegung eines Gypsverbandes, der sich genauestens an die eben aufgezählten Stellen anmodelliren muss und nach unten bis über das Kniegelenk reicht. Behufs Sicherung der Stärke gypst Autor ein paar schmale Blechstreifen ein, die sich in der Inguinalgegend kreuzen. Ist der Gypsverband von genügender Stärke, so fixirt Autor darauf den Gehbügel mittels einiger Gypstouren. Der Verband ist bald trocken. Sofort nach dem Erwachen fühlt sich Pat. wohl, er hat keine Schmerzen und ist imstande, schon am nächsten Tage, häufig noch an demselben, allerdings mit Unterstützung aufzustehen. Um die hohe Sohle auf dem gesundseitigen Stiefel zu ersparen, hält Autor eine Anzahl von Holzsandalen vorrätzig mit hohen Sohlen und Absätzen, die sich leicht auf die gewöhnlichen Schuhe anbinden lassen. Am zweiten Tage sind die meisten Pat. imstande, sich an der Wand haltend, selbständig zu gehen, und am dritten werden sie entlassen. Nach 5—6 Wochen stellen sie sich behufs Entfernung des Verbandes wieder vor, und Autor konnte bisher ausnahmslos eine glatte Heilung constatiren. Nur in einzelnen Fällen war er durch starke Blutergüsse an der sofortigen Anlegung des Verbandes verhindert. Er liess dann zwei Sandsäcke beiderseits der fracturirten Extremität legen. und nach 2—3 Tagen war Anlegung möglich.

(Centralblatt f. Chirurgie 1904 No. 49.)

- **Secundäre Verbiegung des Unterschenkels nach Fractur.**
 Ueber diesen für die Unfallheilkunde höchst wichtigen Fall schreibt Dr. Lissauer, Specialarzt für Chirurgie und Orthopaedie (Düsseldorf): „Spätverbiegungen langer Röhren-

knochen nach Fracturen sind im Allgemeinen keine häufigen Erscheinungen. Unter einem grossen einschlägigen Material, das in regelmässigen Nachuntersuchungen immer wieder controllirt werden konnte, ist der vorliegende Fall der einzige, den ich während etwa fünf Jahren beobachtet habe. Der 20jährige Hilfsarbeiter E. erlitt am 21. April 1898 einen Bruch beider Knochen des linken Unterschenkels etwa in der Mitte, der nach dem Gutachten des behandelnden Arztes am 29. Juni fest geheilt war. Vom 11. Juli bis 10. September folgte eine medico-mechanische Nachbehandlung, worauf E. die Arbeit wieder aufnahm. Die Functionsfähigkeit des Beines war eine sehr gute, es wurde eine Rente von 10% bewilligt. Nach dem damals ausgestellten Gutachten war die Heilung in leichter Winkelstellung der Bruchenden mit der Spitze nach hinten erfolgt, ausserdem bestand Verschiebung in der Längsrichtung; Verkürzung $2\frac{1}{2}$ cm. E. arbeitete danach ohne praktisch hervortretende Behinderung bis zum 12. October 1899, wenn er nach seiner Angabe auch immer etwas Schmerzen an der Bruchstelle hatte, eine Angabe, die schliesslich jeder Unfallverletzte betreffs der Verletzungsstelle macht. Um die genannte Zeit sollen sich die Schmerzen aber ziemlich plötzlich, ohne dass eine besondere äussere Ursache vorlag, verschlimmert haben, sodass E. nicht weiter arbeiten konnte. Er wurde deshalb untersucht, wobei sich ein starkes Oedem in der Bruchgegend, Verdickungen in den umgebenden Weichtheilen und heftiger Druckschmerz fanden. Unter Ruhe und entsprechender Behandlung besserte sich der Zustand bis zum 4. November so, dass E. wieder arbeitsfähig war. Von einer stärkeren Verbiegung des Unterschenkels wurde nichts bemerkt, die Röntgenuntersuchung ergab nichts Besonderes. Um dem Verletzten eine grössere Schonung des Beines zu ermöglichen, wurde die Rente auf 20% erhöht. Am 27. April 1900 wurde E. nachuntersucht und bei dem absolut reizlosen Zustand des Beines die Rente wieder auf 10% herabgesetzt. Am 11. März 1901 wurde uns E. abermals zugeführt, da neuerdings eine der am 12. October 1899 eingetretenen gleiche Verschlechterung vorhanden war. E. klagte wieder über heftige Schmerzen; die Bruchstelle war äusserst druckempfindlich und fühlte sich heiss an. Die Haut hatte darüber normales Aussehen, in den tieferen Weichtheilen fühlte man kleine Verdickungen. Aber auch sonst hatte sich das Bild gegen früher erheblich geändert, indem sich der Unterschenkel stark recurvire hatte. Diese Verkrümmung sollte seit $\frac{1}{2}$

Jahr allmählich unter Schmerzhaftigkeit und zeitweiliger Verdickung der Bruchstelle angefangen und dann unter heftigeren Schmerzen in der allerletzten Zeit rasch zugenommen haben. Weichheit des Knochens war durch die Untersuchung nicht nachweisbar, Pergamentknittern fehlte. — E. führte die Verschlechterung auf einen besonders intensiven Gebrauch des Beines zurück. Er wurde bis zum 28. April 1901 behandelt; die entzündlichen Erscheinungen schwanden, die Verkrümmung blieb unverändert. Von da ab hat dann E. ununterbrochen gearbeitet; er erhielt anfangs eine Rente von 20%, seit dem 1. Juli 1904 eine solche von 10%. Im Januar 1903 machte sich vorübergehend nach Verrichtung ungewöhnlich schwerer Arbeit eine Reizung wieder geltend, die aber geringfügig war und zu besonderen Maassnahmen keinen Anlass bot. Die Verkrümmung hat sich vom März 1901 bis Juli 1904 nicht mehr geändert. Wir haben es also hier mit einem Fall zu thun, wo eine ausgesprochene Neigung einer alten Bruchstelle zu entzündlicher Erkrankung besteht, die sich zuerst etwa 1½ Jahre nach der Verletzung bemerkbar machte, und die schliesslich nach 2½ Jahren noch zu einer Erweichung des Knochens mit starker Verbiegung führte, die dann seit über 3 Jahre unverändert geblieben ist. Es lässt sich indessen nicht mit Sicherheit sagen, ob der jetzige Zustand ein dauernder sein wird, da eine, wenn auch nur geringfügige Reizung im Januar 1903 eintrat. Die Ursache der entzündlichen Vorgänge ist wohl zweifellos in besonders intensivem Gebrauch, bezw. starker Belastung des Beines zu suchen. Es wurden dabei nicht lediglich die Angaben des Verletzten berücksichtigt, sondern Auskünfte des Arbeitgebers eingeholt, welche dieselben durchaus bestätigten. Bei gewöhnlicher Arbeit macht sich nach zahlreichen Lohnnachweisungen eine Beschränkung der Erwerbsfähigkeit trotz der starken Atrophie des Beines und der Verkrümmung nicht geltend. Pathologisch-anatomisch kann es sich kaum um etwas anderes als eine Ostitis mit Schwund der Kalksalze gehandelt haben. Die starke Schmerzhaftigkeit, das umschriebene Oedem und die erhöhte Temperatur der erkrankten Stelle machen einen entzündlichen Process zweifellos. Ferner trat dieser Process an einer fest consolidirten Bruchstelle, bei einem kräftigen jungen Menschen auf. Von zu früher Belastung eines noch weichen Callus kann keine Rede sein. Ein intensiver Gebrauch des Beines fand erst 5 Monate nach der Verletzung wieder statt und die ersten Erscheinungen traten

1½ Jahre nach derselben ein. Damals war eine Veränderung des Knochens im Röntgenbild nicht vorhanden, es bestand insbesondere keine Knochenatrophie; später wurde eine Aufnahme leider nicht gemacht. Jedenfalls scheint mir der Fall zu beweisen, dass noch lange Zeit nach einer Knochenverletzung, wo ein noch weicher Callus und zu frühe Belastung nicht in Frage kommen, eine entzündliche Erkrankung des Knochens, eine rareficirende Ostitis eintreten kann. Ich habe vor mehreren Jahren einen Fall veröffentlichen können (Monatsschrift für Unfallheilkunde 1900, Nr. 7), in dem es im Anschluss an eine Verletzung des Fusses zu einer typischen Ostitis rareficans kam, und damals auch der Ansicht Ausdruck gegeben, dass auch bei den Verbiegungen der Wirbelsäule nach Traumen — der traumatischen Kyphose — der entzündliche Process eine hervorragende Rolle spielen könne. Der vorliegende Fall bestärkt mich durchaus in der Auffassung, dass die ursprüngliche Kümmell'sche Annahme einer rareficirenden Ostitis der Wirbel für einen grossen Theil der Fälle ihre Berechtigung hat, und dass es sich nicht einfach um eine zu frühe Belastung des noch weichen Callus handelt.“

(Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen 1905 No. 3.)

- **Ueber Wirbelfracturen** macht Dr. O. Croce (St. Hedwigskrankenhaus Berlin) eine beachtenswerthe Mittheilung. Er berichtet über 2 Fälle aus dem Röntgengebiete, die uns lehren, wie nothwendig es ist, alle Unfälle — mögen sie auch noch so gering erscheinen, in denen aber der objective Befund im Widerspruche steht mit den subjectiven Beschwerden des Pat. — zu röntgographiren, um so festzustellen, ob nicht doch irgendwo eine Schädigung sitzt, die man mit anderen Hülfsmitteln nicht feststellen kann; namentlich sollte man dies thun, wenn schwer zugängliche Gebiete betroffen sind, vor allem bei Wirbelsäulenverletzung. Und wie sehr man einen Pat. und nach dessen Tode seine Angehörigen schädigen kann, wenn eine Sicherung der Diagnose durch Röntgogramm unterbleibt, zeigt der Fall Stempel, in welchem eine Halswirbeltorsion angenommen und der nach 4 Jahren an Lähmungen infolge Rückenmarksleiden erfolgte Tod als nicht im Zusammenhang mit dem Unfall stehend angesehen wurde. Auf Klage der Angehörigen wurde dann Stempel zum Gutachten aufgefordert, der einen Zusammenhang als möglich annahm und die Exhumirung ¾ Jahr nach dem Tode beantragte, da eine Röntgenaufnahme unterblieben war. Es

fanden sich dann auch verschiedene Fracturen am zweiten, sowie Compressionfractur des fünften, sechsten, siebenten Halswirbels, und der Tod wurde als Unfallfolge anerkannt. Aehnlich lagen die Verhältnisse im ersten Falle Croce's, in dem 1 $\frac{1}{2}$ Jahre eine Dienstmagd auf Rheumatismus. Hysterie u. dgl. behandelt wurde. Erst als Invalidität beantragt wurde, sollte Prof. Rotter ein Gutachten abgeben: Croce erkannte im Röntgogramm als die Ursache der Beschwerden eine Fractur des vierten Halswirbelkörpers. Die 28jährige Pat. war von einem Heuwagen abgestürzt, lag kurze Zeit besinnungslos, war aber bald darauf ohne grössere Beschwerden. Am zweiten Tage stellten sich stärkere Schmerzen im Nacken, namentlich bei Beugung des Kopfes, sowie Schluckschmerz ein. Da nach 8 Tagen keine Besserung eintrat, auch der Kopf nach rechts geneigt gehalten wurde, schaffte man Pat. ins Krankenhaus, wo sie 7 Wochen lag. Der Zustand blieb derselbe, und bis heut bestehen dieselben Beschwerden. Röntgogrammbefund: Etwas schräger Bruch durch den vierten Halswirbelkörper, Senkung der rechten Bruchhälfte nach unten vorn; rechte Gelenkfläche des Wirbels zusammengedrückt, dadurch Zusammensinken der Wirbelsäule nach rechts, links dagegen haben sich die Wirbel weiter als normal voneinander entfernt. Dass es sich also ausser den Knochenverletzungen um schwere Schädigung der nervösen Elemente, des Rückenmarks sowohl als auch der in den Foramina intervertebralia und um sie herum liegenden Theile des Nervenapparates handelte, war ausser allem Zweifel. Das erklären die Beschwerden der Pat., sowie die Schiefhaltung des Kopfes vollkommen. Auch ist bezüglich der Prognose diese als zweifelhaft zu stellen, da sich ja, wie in dem Falle Stempel, erst nach längerer Zeit ein Rückenmarksleiden einstellen kann. — Der zweite Fall war noch insofern interessanter, als es sich um ein ziemlich geringfügiges Trauma handelte und niemand anfänglich die Schwere der Verletzung ahnen konnte. Der 26jährige kräftige Pat. bekam einen Schlag mit einer Wagendeichsel seitlich gegen den linken Trochanter, ohne dabei zu Falle zu kommen. Es entwickelte sich ein grosses Haematom um den linken Trochanter; Pat. konnte das linke Bein nur unter grossen Schmerzen und in ganz geringem Maasse heben; passiv gelang es leicht, das Bein zu bewegen, Pat. hatte dabei nur Schmerz am Trochanter. Als auf Bettruhe, Eisblase etc. keine Besserung in den nächsten Tagen eintrat, obwohl das Haematom fast ge-

schwunden war, dagegen sich neben Paraesthesieen lancinirende Schmerzen im linken Bein wie Kreuzschmerz einstellten, machte Autor Röntgenaufnahmen: er fand Femur und Becken normal, dagegen im letzten Lendenwirbel eine Fractur in seinem hinteren Bogen. Hier hätte wohl niemand an eine Wirbelfractur gedacht, wenn nicht ein ausgiebiges Nachsuchen durch Röntgogramme nach der Ursache der Schmerzen die Quelle aufgedeckt hätte, — eine dringende Mahnung, selbst bei geringfügigen Traumen sich des Röntgenapparates in ausgedehntem Maasse zu bedienen und sich nicht mit einer Aufnahme zu begnügen, sondern alles abzusuchen, bis eine exacte Diagnose gestellt werden kann.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 11.)

Gonorrhoe. Seine Erfahrungen mit Gonosan bei weiblicher

G. publicirt Dr. E. Runge (Univers.-Frauenklinik der Charité Berlin). Nachdem man beobachtet hatte, dass alleinige Darreichung von Gonosan zur völligen Beseitigung der G. nicht genügte, wurde mit vollem Erfolge folgende Therapie eingeschlagen: Vom ersten Tage ab, wo die Pat. sich vorstellt, erhält sie sowohl bei ganz frischen, acuten als auch bei älteren Fällen sofort Gonosan und zwar dreimal täglich 2 Kapseln. Ausserdem werden ihr natürlich die üblichen Diaetvorschriften, wie Enthaltung von Alkohol, scharf gewürzten Speisen, Käse etc. gegeben. Sobald nach 1—3 Tagen die schmerzhaften Empfindungen und acutesten Entzündungserscheinungen geschwunden sind, beginnt Autor neben der fortgesetzten Darreichung von Gonosan mit täglichen Injectionen von 1 ccm 10%iger Protargollösung in die Urethra. Sind bei fortgesetzter derartiger Behandlung Gonokokken bei mehrmaliger Untersuchung im mikroskopischen Bilde nicht mehr zu finden, was oft schon nach 7—9 Tagen der Fall ist, dann lässt Autor das Protargol allmählich weg und injicirt täglich in einer Sitzung absatzweise 10—20 ccm der Ricord'schen Lösung (Plumb. acet., Zinc. sulfur. aa 2,0 : 200,0). Mit Vortheil hat Autor sich in der letzten Zeit zur Application der Protargollösung des Fritsch'schen Celluloidansatzes für die Harnröhre bedient. Derselbe wird auf eine gewöhnliche Pravaz'sche Spritze aufgesetzt und besteht aus einem 5 cm langen und etwa 4 mm breiten Rohr, das an der Spitze olivenartig verdickt ist, um sich hiermit gegen den Sphincter intern. zu legen und dadurch die Blase gegen die Injectionsflüssigkeit abzuschliessen. Die Durchbohrung des Rohres mündet nicht in der Spitze, sondern durch viele seitliche

Oeffnungen, aus denen dann die Flüssigkeit heraustritt. Auf diese Weise wird eine sehr ausgiebige Berieselung der Harnröhre mit der Protargollösung erzielt.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 5.)

— Eine **Nachprüfung der therapeutischen Wirkungen des Gonosans** hat auch Dr. G. Merzbach (Berlin) an 20 Pat. mit acuter G. vorgenommen. Vom ersten Tage an verordnet er 4 mal täglich je 4 Kapseln à 0,3 g und sah dabei nur bei einem Pat., der die Kapseln 2 Tage lang auf nüchternen Magen genommen hatte, unwesentliche Beschwerden eintreten, die sofort schwanden, als Pat. der Vorschrift gemäss die Kapseln nach den Mahlzeiten nahm. In seiner Versuchsreihe konnte nun Autor als dem Gonosan eigenthümlich bei acuten Gonorrhoeen, die zum Theil durch Cystitis colli und Cystitis complicirt waren, die folgenden Wirkungen feststellen:

1. Gonosan wird, da ohne widerlichen Geschmack, leicht genommen, ohne den Magendarmcanal nachtheilig zu beeinflussen;
2. ruft auch bei grösseren Gaben keine Nierenreizungen hervor;
3. hat eine deutliche, vortheilhafte Wirkung auf die Beschränkung der Secretion aus der inficirten Harnröhre;
4. hemmt das weitere Wachsthum der Gonokokken;
5. zeigt ausgesprochene diuretische Eigenschaften;
6. wirkt anaesthesirend, d. h. schmerzlindernd, besonders beim Uriniren, und setzt den Harndrang herab;
7. wirkt anaphrodisisch und verhindert die Reizerectionen und Pollutionen bis zu einem gewissen Grade.

Das sind scheinbar ein bischen viel gute Eigenschaften, die man dem Gonosan nachrühmt, aber wunderbarer Weise lässt keine der Wirkungen im Stich, so dass wir im Gonosan ein Antigonorrhoeicum gewonnen haben, das fast ideal den Ansprüchen an ein solches Mittel gerecht wird.

Man begeht daher eine therapeutische Unterlassungssünde, wenn man acute Gonorrhoeen nicht vom ersten Tage an mit Gonosan behandelt, um dem Pat. den ganzen lästigen Krankheitsprocess abzukürzen, um ihm im Augenblick die Schmerzen und Beschwerden zu mildern, und um ihn vor den gefürchteten Complicationen zu bewahren. Autor geht nun so vor, dass er nach 2—3 Tagen innerlicher Gonosanbehandlung, nach Abklingen der acutesten Entzündungserscheinungen zur Localtherapie der Harnröhre übergeht, unter Hinweis auf sorgfältige Innehaltung der

Allgemeinvorschriften, die er jedem Patienten gedruckt einhändigt. Dieselben haben sich seit 6 Jahren ausserordentlich bewährt.

Vorschriften beim acuten Harnröhrentripper.

Kleine Mahlzeiten, Abendbrot 3 Stunden vor dem Schlafengehen. Abends verboten: Eier, Austern, Kaviar, Räucherfleisch, marinirte Fische.

Ueberhaupt verboten: Spargel, Sellerie, Meerrettig, Senf, Zwiebel, Rettig, Gewürze ausser wenig Salz, Paprika (Goulasch), Senfgurken, saure und Pfeffergurken, Zucker.

Getränke: Reichlich Milch, wenig Rotwein mit Wasser (nicht Selters) gemischt, Brunnenwasser, Giesshübler, Fruchtsaftlimonaden (ausser Citrone), Thee und Kaffee nur reichlich mit Milch verdünnt.

Verboten: Porter, Ale, Weisswein, Sect und andere moussirende Getränke, Schnaps, Liköre, Cognac, Weissbier, Jungbier, Pilsner, Grätzer, Punsch, Bowle, Grog, Selter.

Empfohlen: Am Tage reichliche Mengen erlaubter Getränke, besonders Milch, abends wenig trinken. Täglicher weicher Stuhl.

Verboten: Vieles Gehen und Treppensteigen, Reiten, Radeln, Turnen, Tanzen, Heben schwerer Lasten, Auf- und Abspringen auf der Pferdebahn, geschlechtlicher Verkehr und jede geschlechtliche Erregung.

Hände stets sauber halten. Der Eiter ist ansteckend, besonders für die Augen.

Den Ausfluss bekämpft Autor in der Weise, dass er jeden Patienten, besonders in der ersten Zeit der Trippererkrankung, eigenhändig mit Ausspülungen der Urethra behandelt, später mit Injectionen von 30 g nach vorausgegangener 1%iger Cocaininjection. Sowohl bei den Spülungen, wie bei den Injectionen in die interne Harnröhre ist er dem Argentum nitricum treu geblieben, das sich immer wieder als das wirksamste und zuverlässigste Mittel bewiesen hat. Muss Autor Patienten sich selbst injiciren lassen, so geschieht dies nach vorangegangenen Uriniren in sitzender Stellung und lang vorgestreckten unteren Extremitäten. Zuerst injicirt der Patient 7 ccm reinen Wassers, das er sofort wieder auslaufen lässt. Dann folgen pro Tag 6 Injectionen à 10—15 ccm von je 6 Minuten Verweilzeit und folgender Lösung:

Rp.: Protargoli

Glycerini

aa 1,0—2,5

Sol. Natr. chlorati (0,6 Proc.)

ad 100,0

Misce frigide.

(Ibidem.)

- **Albargin** empfiehlt Dr. F. Kornfeld (Wien) auf Grund seiner Erfahrungen als das zur Zeit beste Mittel gegen G. Er behandelte 50 Fälle damit. In den 9 Fällen ganz acuter G. Wirkung geradezu überraschend. Es wurden gleich im Beginne der Erkrankung, am zweiten bis vierten Krankheitstage, sobald der Gonokokkennachweis positiv war, Albargininjectionen (0,2 : 200,0) verordnet. Wirkung absolut reizlos, geradezu staunenswerth rasche Beseitigung der massenhaften Gonokokken, bald andauernde Heilung. Bei subacuter G. (32 Fälle) liess Autor gleich vom ersten Tage der Cur an früh und abends 1% Albargin mit der Spritze injiciren, 3—4 mal wöchentlich $\frac{1}{4}$ —1% ige Spülungen (mit Spritze und Olivenansatz) machen. Sehr vortheilhaft fand Autor, namentlich bei chron. Urethritis posterior, Blasenbalskatarrh und katarrhalischer Prostatitis chronica, ohne Reizsymptome, die Combination von Albargin und Kaliumpermanganatlösungen. Ferner hat Autor Instillationen (0,4—1,2 Albargin : 50,0 Aq.) in über 20 Fällen von subacuter und chronischer G., methodisch ansteigend, ausgeführt, und zwar mit so günstigem Resultat, dass er nie zu einem anderen Mittel zu greifen brauchte. In keinem Falle entwickelte sich Epididymitis, was er der raschen Keimtödtung in den Secreten und im Gewebe und der so energischen Entzündungsbeschränkung durch das Albargin zuschreibt.

(Die Therapie der Gegenwart, März 1905.)

- **Zur Abortivbehandlung der G. mittels Albargin** theilt Dr. Schourp (Danzig) die Resultate mit, die er mit höher procentuirten Lösungen von Albargin erzielt hat. Nach seinen Erfahrungen wird eine 3% ige Lösung fast allgemein als erträglich empfunden und der hervorgerufene Schmerz durch Umschläge um die Pars pendula penis leicht gehoben. Diese Lösung leistet bei 8—10 Minuten langer Einwirkung auf die vorher durch eine Spülung mit Albargin (2 : 1000) gereinigte Harnröhrenschleimhaut durch schnelle Abtödtung der Gonokokken und Abnahme des Fluor gute Dienste. Namentlich wirkt sie geradezu überraschend bei Pat., bei welchen folgende Voraussetzungen zutreffen: erstmalige Infection, Zeit nach der Infection 3—5 Tage, Zeit nach Auftreten des ersten Fluor 1—2 Tage, Mangel an Complicationen. Den Erfolg kann Autor so zusammenfassen, dass es durch eine, je 1 mal an 2 aufeinanderfolgenden Tagen vorgenommene Injection von 3% iger Albarginlösung in 16 von 18 Fällen acuter Gonorrhoea anterior gelang,

die Gonokokken dauernd zum Verschwinden zu bringen. In den folgenden Tagen liess Autor die Pat. abwechselnd 2mal täglich zu Hause eine Injection von Albargin (0,3 : 100—150—200,0) und von Injectio compos. (Form. magistr.) vornehmen; in durchschnittlich 10 Tagen verschwand der Fluor völlig und in durchschnittlich 16 Tagen wurde völliges Abheilen des Krankheitsprocesses erreicht. In keinem der 16 Fälle kam es zu Complicationen, trotzdem die Pat. ihrer beruflichen Thätigkeit voll nachgingen. In 6 Fällen verordnete Autor noch intern 3—4 mal täglich 0,6 Gonosan, ohne dass hierdurch auffallend günstigere Wirkung erzielt wurde.

(Monatsschrift f. Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene 1905 No. 1.)

- **Zur Abortivbehandlung der G. nach Blaschko** ergreift Dr. F. Block (Hannover) das Wort und theilt mit, welche günstige Erfolge er mit der von Blaschko 1902 empfohlenen Methode erzielt hat. Allerdings darf man eine Abortivbehandlung nie einleiten, wenn bereits das Secret reichlich und eine erheblich entzündliche Reizung der Harnröhre vorhanden ist. Stets war in den von Block behandelten Fällen die erst einen, höchstens zwei Tage, bestehende Secretion noch gering, nicht rein eitrig, sondern schleimig-eitrig, und zeigte unter dem Mikroskop reichliche Gonokokken von vorwiegend extracellulärer Lage, was auf frische Infection hindeuten scheint; ausser Kitzeln und ganz leichtem Brennen beim Uriniren waren Beschwerden nicht vorhanden. Im Beginn der Behandlung wurde eine 10 ccm haltende Spritze voll 3%iger Protargollösung vorsichtig bis zur Füllung der Urethra anterior eingespritzt und möglichst 5 Minuten darin belassen. Es folgte meist auf Stunden eine Schmerzhaftigkeit, die aber stets erträglich war; am längsten ist das Uriniren schmerzhaft, das man thunlichst hinausschieben lässt. Nach einigen Stunden trat ferner meist eine mehr oder weniger starke Steigerung der Secretion ein. Wenn nach 24 Stunden keine erhebliche Reizung mehr vorhanden war, wiederholte Autor die Einspritzung in gleicher Weise, und wenn am dritten Tage noch Gonokokken vorhanden waren oder auch nur vorwiegend Eitergehalt des Secrets, wurde zu 4%iger, an den folgenden Tagen event. noch zu 5—6%iger Lösung geschritten. Mindestens 5 Tage hintereinander soll injicirt werden. Am sechsten Tage Pause, am siebenten wieder Untersuchung des Secrets. Finden sich jetzt noch Gonokokken, so ist die Abortivcur fehlgeschlagen, aber

geschadet hat sie sicher nicht, im Gegentheil: die jetzt einzuschlagende gewöhnliche Trippertherapie wirkt meist sehr günstig und die definitive Heilung tritt rascher ein als sonst.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 8.)

Hyperidrosis. Ueber die Wirkung des Atropinderivates

Eumydrin auf die Nachtschweisse der Phthisiker lässt sich Dr. S. Jonas (k. k. allgem. Krankenhaus Wien) aus. Angewandt wurde das Eumydrin in Pulvern à 1 bis 3 mg in 46 Fällen, wovon 16 als zu kurz beobachtet nicht berücksichtigt erscheinen, trotzdem das Mittel in fünf dieser Fälle zu wirken schien; die übrigen 30 Fälle weisen eine Beobachtungsdauer von mindestens einem Monat auf. Was zunächst die Art der Dosierung anbelangt, so wurde bei Nachtschweissen mit 1 mg abends, bei Tag- und Nachtschweissen mit 1 mg früh und abends begonnen. Erfolgte damit keine Besserung, so wurden nun für längere Zeit 2 mg vor dem Schweissmaximum (also zumeist abends) gereicht, welche letztere Dosis in hartnäckigen Fällen für kurze Zeit (etwa eine Woche) bis zu 3 mg gesteigert wurde. Konnte auch damit keine Besserung erzielt werden, so wurde mit dem Mittel ausgesetzt (5 Fälle erfolglos). Erfolgte jedoch auf 3, resp. 2 mg Nachlass der Schweisse, so wurde die Dosis auf 2 bis 1 mg herabgesetzt, bei deren fortgesetzter Gabe die Schweisse erheblich nachliessen (25 Fälle gebessert). Fasst man demnach das Resultat zusammen, so wurden von 30 Fällen ohne Erfolg trotz aufsteigender Dosen bis zu 3 mg behandelt 5 (davon 2 kurz vor dem Exitus) = 16,7%. Gebessert wurden 25 = 83,3%, und zwar 7 auf 1 mg = 28%; 13 nach längerem Gebrauche von 2 mg = 52%; doch konnte diese Gabe bei anhaltender Besserung in 7 dieser Fälle auf 1 mg herabgesetzt werden; 5 erst nach Steigerung der Dosis auf 3 mg = 20%, welche Gabe jedoch in 2 Fällen auf 2 mg, in 2 sogar auf 1 mg vermindert werden konnte, ohne dass die Schweisse wieder stärker wurden. Mit Gaben von 1 bis 2 mg konnten die Schweisse für kurze Zeit in 6 Fällen vollkommen unterdrückt werden, davon in 5 kurz vor dem Tode, trotzdem zu dieser Zeit die Schweisse am stärksten zu sein pflegen; die übrigen 19 wurden bedeutend gebessert, davon 4 kurz ante exitum. Neunmal war die Wirkung schon nach kurzer Darreichung von 1 bis 2 mg prompt, dreimal war die Besserung sogar bei Aussetzung des Mittels für kurze Zeit (ca. $\frac{1}{2}$ Monat) anhaltend, zweimal trat mit dem Weglassen des Mittels

sofort Verschlechterung ein. Autor kommt somit zu folgenden Schlüssen:

1. In der grossen Mehrzahl der Fälle wurde bei fortgesetzter Darreichung von 1 bis 2, eventuell 3 mg Besserung oder selbst Aufhören der Schweisse erzielt. In seltenen Fällen blieben sie für kurze Zeit aus, auch wenn das Mittel weggelassen wurde. Die Schweisse dauernd und vollkommen zu vertreiben, gelang nicht; auch wenn das Mittel während des Schweisses selbst gegeben wurde, konnte keine Wirksamkeit desselben festgestellt werden.

2. Vergiftungserscheinungen schwerer Art wurden nie beobachtet. In sehr vereinzelt Fällen wurde nach längerem Gebrauche, besonders grösserer Dosen, über geringe Trockenheit im Schlunde geklagt, die nach kurzem Aussetzen des Mittels rasch wieder schwand; Klagen über Herzklopfen wurden nie geäussert. Niemals wurden Zeichen von Excitation des Grosshirns wahrgenommen, trotzdem bis zu 3 mg Eumydrin angestiegen wurde.

3. Das Eumydrin erweist sich demnach bei den Nachtschweissen der Phthisiker, in Gaben von 1 bis 2 mg längere Zeit hindurch abends genommen, als ein gutes schweissverminderndes Mittel, das leicht vertragen wird und in dieser Dosis in der Regel keine unangenehmen Nebenwirkungen macht.

(Wiener klinische Wochenschrift 1905 Nr. 4.)

Hysterie. Tetanie, Pseudotetanie und ihre Mischformen

bei H. betitelt H. Curschmann eine Arbeit, in der er durch Beispiele zeigt, wie Fälle von typischer Tetanie mit ausgesprochen hysterischen Symptomen vereinbar sein können. Andererseits kann bestehende H. auch das Krankheitsbild Tetanie so täuschend copiren, dass selbst Phänomene wie das Trousseau'sche zu finden sein können. Nur dem Erb'schen Phänomen (Steigerung der elektrischen Erregbarkeit) kommt wichtige differential-diagnostische Bedeutung zu, indem es bei allen Fällen von Pseudotetanie fehlt. (Deutsche Zeitschrift f. Nervenkrankheiten, Bd. 27, Heft 3 u. 4.)

- Ein Beitrag zur Lehre von der traumatischen H. wird von Dr. Dreyer (Medico-mechan. Institut München) geliefert. Derselbe führt 2 höchst lehrreiche Fälle mit den zugehörigen Gutachten, Urtheilen etc. an, welche zeigen, wie leicht traumatische Hysteriker durch Simulation und Uebertreibung die ärztlichen Begutachter täuschen können, wie

wenig angebracht ein übermässiges Wohlwollen und Mitleid solchen Pat. gegenüber ist. Sie weisen auch wieder darauf hin, wie sehr es Pflicht des erstbehandelnden Arztes ist, die Entstehung der traumatischen H. durch sachgemässe Behandlung zu verhüten und die Mahnung v. Strümpell's zu beachten: „Die Aufgabe des die Verletzten *zuerst* behandelnden und begutachtenden Arztes ist es, der Entstehung der Unfallneurosen so viel als irgend möglich vorzubeugen. Dass diese Forderung viel leichter zu stellen, als zu erfüllen ist, weiss ich sehr wohl. Trotzdem kann aber sicher wenigstens manches Gute erreicht werden, wenn die von Anfang an behandelnden Aerzte sich stets dessen bewusst sind, dass die meisten Unfallkranken von vornherein nicht nur einer chirurgischen, sondern auch einer *psychischen* Behandlung bedürfen.“

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde u. Invalidenwesen 1904 Nr. 12.)

- **Erfahrungen über die Verwendbarkeit des Borneyals** publiziert Dr. S. Boss (Strassburg i. E.). Er hat das Mittel bei 15 Fällen angewandt, und zwar mit bestem Erfolge. Vor allem erwies sich Borneyal bei H. als ein Mittel, welches die verschiedensten Störungen in kurzer Zeit zum Schwinden bringt. So gab es in den Fällen von hysterischen Störungen des Circulationsapparates, Herzklopfen und Herzbeklemmung ein ausgezeichnetes Resultat. Aber auch bei den verschiedensten Formen des hysterischen Kopfwehs, den Störungen des Verdauungsapparates u. s. w. hat sich Borneyal als ein rasch und sicher wirkendes Medicament bewährt. Dasselbe war der Fall bei neurasthenischen Beschwerden, und besonders bei Sexualneurasthenikern leistete das Mittel die besten Dienste. Auf nervöse Herzbeschwerden endlich wirkte es in fast spezifischer Weise ein.

(Medizinische Klinik, 22. Januar 1905.)

Intoxicationen. Einen **Fall von chronischer Phenacetin-Vergiftung** beschreibt Dr. M. Hirschfeld (Berlin). Im August 1903 consultirte ihn eine 23jährige Frau eines Hautausschlages wegen, der seit etwa 2 Monaten bestand. Beide Unterschenkel übersät mit punkt- und streifenförmigen Petechien. An einigen Stellen, und zwar namentlich auf den unteren Hälften der Tibien und den Malleolen, waren die Blutungen zu Extravasaten von Zehnpfennig- bis 2 Markstückgrösse confluirte und zeigten zum Theil bräunlich-schwärzliche Farbe. Im Laufe der nächsten Wochen entwickelten sich in der Mitte dieser, übrigens sowohl

spontan wie auf Berührung sehr schmerzhaften Stellen oberflächliche, etwa 2—3 mm tiefe, schmierig belegte Ulcerationen mit unregelmässigem Rande und bis zu Fünfmaststückgrösse. Eine Ursache dieses Krankheitsbildes war nicht festzustellen, auch ein Dermatologe konnte das nicht. Schliesslich gab die Pat., da die Schmerzen unter Umschlägen mit essigsaurer Tonerde nachgelassen hatten, die Behandlung auf, bis im Sommer 1904 beträchtliche Verschlimmerung eintrat. Auch diesmal tappte Autor (sowie ein Dermatologe und ein innerer Kliniker) im Dunkeln. Endlich fand er in einem dermatologischen Werke die Bemerkung, dass in einzelnen Fällen von Antipyrinvergiftung auch Blutungen sich finden. Jetzt fiel ihm ein, dass Pat. ihrer häufigen Migräneanfälle wegen immer schon Phenacetin nahm. Letzteres wurde ausgesetzt, und von diesem Augenblick ab verschwand die Affection; die Petechien blässen ab unter Hinterlassung eines bräunlichen Pigments, die Ulcera heilten im Laufe von 4 Wochen unter Bildung brauner, feiner, strahliger Narben. Hinter des Autors Rücken verschaffte sich Pat. wieder Phenacetin und erzielte nach Einnahme von 1,5 g in einer Woche wieder neue Blutungen und ein frisches Ulcus. Dafür, dass hier Phenacetin so tiefgreifende Veränderungen in der Haut bewirkte, konnte Autor ein aetiologisches Moment nicht finden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 2.)

- **Ueber Wismuth-Vergiftung** äussert sich Dr. W. Mahne (St. Vincenz-Hospital zu Cöln) im Anschluss an eine Beobachtung. Bei diesem schweren, tödtlich endigenden Falle handelte es sich um eine 35 jährige, schwächliche Frau, welche am 25. VII. mit sehr ausgedehnten Verbrennungen zweiten und dritten Grades eingeliefert wurde. Die Behandlung bestand in den ersten 8 Tagen in 2mal täglich angelegten Verbänden mit 10% iger Wismuthsalbe, sodann wegen starker Eiterung in solchen mit essigsaurer Thonerde. Vom 15. VIII. an wieder Wismuthsalbe. Etwa 3 Wochen später klagte Pat. über schlechten Geschmack im Munde und Schmerzhaftigkeit des Zahnfleisches; als nach weiteren 8 Tagen ein blauschwarzer Saum am Zahnfleischrande, ferner schwarze Flecke an der Zunge und der Mundschleimhaut festgestellt wurden, wandte man sofort statt der Wismuthsalbe Borsalbe an. Trotzdem nach weiteren 2 Tagen Durchfälle, im Urin Eiweiss und viele Cylinder. Am 25. IX. Exitus letalis. Die Section zeigte ausser parenchymatöser Nephritis Schwarzfärbung

der ganzen Colonschleimhaut. Den Tod hier als Folgeerscheinung der Verbrennung anzusehen, geht wohl nicht an, weil der Exitus erst 9 Wochen später erfolgte, das anfänglich vorhandene Fieber nach Abstossen der gangraenösen Parthieen geschwunden war und Pat. sich bereits zu erholen begann. Es lag typische Wismuth-Vergiftung vor. Das angewandte Präparat erwies sich als durchaus rein. Es war mit Ung. Paraffin. als Vehikel applicirt worden, wie auch in einem anderen Vergiftungsfalle. Es lässt dies den Gedanken aufkommen, ob nicht durch diese Zusammensetzung die Resorption des Wismuth erleichtert wird. Denn auffallend ist, dass bei Anwendung der v. Bardeleben'schen Brandbinden, die das Wismuth als Streupulver enthalten, Intoxicationerscheinungen nicht beobachtet worden sind. Hinzu kommt hier die grosse Ausdehnung der behandelnden Wundflächen, welche etwa $\frac{1}{3}$ der gesammten Körperoberfläche betrug. Das ist eine Warnung, in solchen Fällen Wismuth-Salbe anzuwenden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 9.)

- Einen **Fall von Morphinumvergiftung bei einem 1jährigen Kinde durch Einspritzung von Atropin geheilt** hat Dr. Sliwinski (Chorzow). Das Kind bekam in der Nacht von der Mutter, die 2 Pulverschachteln zu Haus hatte, statt eines Calomelpulvers ein für sie selbst bestimmtes Morphinumpulver von 0,02 g. Als Autor das Kind 6 Stunden später sah, bot es die Erscheinungen einer schweren Morphinumvergiftung dar. Er injicirte sofort subcutan 0,003 g Atropin. sulfur. Am Morgen war das Kind wieder völlig munter, ein Erfolg, der sicher der dreisten Atropingabe zuzuschreiben war. — Autor regt im Anschluss an diesen Fall die Frage an, dass bei den Pappkästchen der Apotheker ein auffallender Unterschied erkennbar sein müsste zwischen solchen, die Medicamente für Kinder und solchen für Erwachsene enthalten.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1905 Nr. 6.)

- **Ueber bleihaltige Abziehbilder** macht Dr. Focke (Düsseldorf) eine beachtenswerthe Mittheilung. Er sah bei einem 6jährigen Mädchen nach einer acuten Gastroenteritis eine Albuminurie, welche 5 Monate hindurch unter gleichzeitiger Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens immer zeitweise wiederkehrte. Nach Ausschluss anderer aetiologischer Momente kam Autor zur Erwägung, ob nicht in der Reconvalescenz die empfindlichen Nieren geschädigt worden

waren durch eine Bleieinwirkung, die so gering war, dass sie sonst keine stärkeren Zeichen hinterliess (denn solche fehlten hier durchaus). Das Kind hatte in den ersten 3 Wochen nach der Entfieberung fast täglich stundenlang mit Abziehbildern gespielt. Autor liess nun solche Bilderbogen mit Abziehbildern untersuchen, und es ergab sich, dass $\frac{1}{4}$ der untersuchten Bogen ganz erheblich bleihaltig war.

(Zeitschrift f. Medicinalbeamte 1905 No. 3.)

Pes varus. Ueber Klumpfussbehandlung im Säuglingsalter

lässt sich Dr. Schäffer (Leun) aus. Er betont, dass in der Klumpfussbehandlung operative und maschinelle Eingriffe vermieden werden, wenn man frühzeitig, schon im frühen Kindesalter eine orthopaedische Manualbehandlung einleitet. Er empfiehlt dem prakt. Arzte folgende einfache Methode, die sich ihm sehr bewährt hat. Man behandelt also mindestens 2mal wöchentlich mittels König'schen Redressements. Während ein Gehülfe das Knie der leicht abducirten Extremität des auf dem Rücken liegenden Kindes fixirt, umgreift die gleichnamige Hand gabelförmig den Fuss, sodass zwei Finger vor dem Unterschenkel über den Fussrücken, 2 über die Ferse verlaufen, während der Daumen auf der lateralen Fusssohlenseite liegt. Durch eine pronirende Handbewegung wird der Unterschenkel in Aussenrotation gebracht, während gleichzeitig durch Ueberstreckung im Handgelenk ein Zug auf den medialen und mittels des Daumens ein Druck auf den lateralen Fussrand ausgeübt wird. Zugleich wirkt der Daumen auf den vorderen Theil der Fusssohle der Spitzfussstellung entgegen. Zunächst genügt die Correction bis zur normalen Stellung, allmählich wird zur Uebercorrection geschritten. In den ersten Sitzungen ist ohnehin eine erhebliche Kraftentfaltung nothwendig, weshalb man, da keine Narkose angewendet wird, möglichst schonend verfahren muss. Der zweite Act des König'schen Redressements wird in der gewöhnlichen Weise jedes Mal diesem ersten angeschlossen. Massage des Unterschenkels und speciell der Antagonisten unterstützt die ärztlichen Bemühungen wirksam. So kann man ohne alle Verbände zum Ziele kommen, wenn man in der Lage ist, die Behandlung lange und oft genug fortzusetzen. Wo dies nicht der Fall ist, können auch fixirende Verbände angelegt werden, und zwar zweckmässig in folgender Weise: Wenn das Redressement soweit erfolgreich war, dass sich das Füsschen mit Leichtigkeit beim ersten Griff in aussenrotirte, pronirte, dorsalflectirte und

abducirte Stellung bringen lässt, legt man nach demselben auf die Fusssohle den durch ein Stückchen Flanell gepolsterten langen Schenkel einer T-Schiene, die so breit wie das Füsschen mindestens sein muss; der Fuss der Schiene steht lateralwärts über. Nun wird eine Heftpflasterrolle in der Weise abgewickelt, dass die erste Tour vom medialen Fersenrand beginnend, um die der Fusssohle anliegende Schiene, die zweite über den Reihlen (Spann) und um die Schiene herum an die Vorderseite des nach aussen gerichteten kurzen T-Schenkels zu liegen kommt. Nachdem sie um diesen herumgeführt ist, wird das Heftpflaster auf der lateralen Seite des Unterschenkels herauf über das rechtwinklig gebeugte Knie und unter der Kniekehle durch in Spiraltouren zum Fuss zurückgeführt. Da durch die geringe Polsterung ein exactes Folgen des Füsschens gesichert ist, wirkt die Schiene nicht nur durch einen Zug auf den supinirten inneren Fussrand, sondern auch durch Druck auf den pronirten äusseren. Die letzte Tour, welche die pronirende Zug- und Druck- und aussenrotirende Wirkung der beiden ersten unterstützt, und ausserdem die Dorsalflexion und Adduction noch besonders bewirkt, verläuft dann hinter den Zehen um den Fuss, Schiene herum wieder auf die laterale Seite, dann um den seitlichen Fortsatz und abermals am Unterschenkel hoch u. s. w., wie vorher. Diese 3 Touren um den Fuss, denen man natürlich event. noch eine weitere anschliessen kann, und die beiden um das Knie verlaufenden, genügen vollkommen, der Verband hält sehr gut, und es entsteht kein Decubitus. Allerdings muss man eine Flanellbinde über das Ganze legen zum Schutz gegen Nässe. Die Verbände kann man, nachdem man sie zuerst etwa alle 4 Tage gewechselt, später 8—10 Tage liegen lassen. Auftretende Röthung der dem Heftpflaster ausgesetzten Hautparthieen indicirt freilich mehrtägige Unterbrechung.

(Die ärztl. Praxis 1905 No. 3.)

Pleuritis. Zur endermatischen Anwendung des Guajacols

berichtet Dr. Hecht (Beuthen O.-S.), dass er seit 9 Jahren besonders gern in der Kinderpraxis, und zwar namentlich bei P. exsudativa serosa, gern Guajacol anwende und nie dabei Unangenehmes erlebt habe. Er verordnet folgende Salbe:

Rp.: Guajacol.

Acid. salicyl.

Ichthyol. aa 5,0

Vasogen. spiss. ad 50,0

Oft schon nach 24stündiger Anwendung dieser Salbe schwindet das Fieber und die P. heilt auffallend rasch. Auch bei seröser P. Erwachsener, bei der es sich meist um tuberculöse Pat. handelte, bewährte sich diese Salbe, wenngleich hier der Erfolg nicht stets so rasch wie bei Kindern eintrat, wo ja die Cutis viel besser resorbirt. So erhielt ein 46jähriger, mit rechtsseitiger P. exsud. serosa und beiderseitiger Lungentuberculose behafteter Pat. ausser jener Salbe folgende Pillen:

Rp.: Chinin. cinnamyl. 5,0
 Helenin. (Merck) 2,5
 Extr. Strychn. 1,5
 Natr. arsenic. 0,1
 M. f. pill. No. 100

S. 3 mal tägl. 2 Pillen nach dem Essen.

Das Fieber, das Exsudat nahmen ständig ab, Appetit und Kräftezustand zeigten stetige Besserung, und nach Wochen konnte Pat. entlassen werden. Bei einem anderen Pat., der ebenfalls schwere Lungenphthise hatte und dazu eine P. exsud. serosa bekam, gelangte das Exsudat trotz vorgeschrittenen Marasmus unter der Guajacolsalbe in 15 Tagen zur Resorption. Leider pflegt sich die Haut nach mehrtägiger Application der Salbe abzuschilfern und die weitere Resorption des Guajacols wird dadurch behindert; dann ist es nöthig, die Salbe an anderen, intacten Stellen zu appliciren.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 9.)

Pneumonie. Einen Beitrag zur Therapie der infantilen

Bronchopneumonie liefert Dr. Th. Zangger (Zürich). Die Mortalität bei den Kindern an P. ist eine sehr hohe. Sie kann bedeutend verringert werden durch zweckmässige hydrotherapeutische Maassnahmen. Autor hat in allen Fällen von infantiler Bronchopneumonie von 1902 bis Mitte 1904 ein und dieselbe Behandlung angewandt: Das von 30—28° C. auf 24° C. abgekühlte Halbbad mit Frictionen in der Dauer von 4—7 Minuten, bis zur definitiven Entfieberung, und hat damit sehr zufriedenstellende Resultate erzielt. Sämmtliche 10 Pat. (im Alter von 3 Monaten bis 11 Jahren, aus verschiedenen socialen Kreisen) wurden nach 1—7 Halbbädern (in 24 Stunden 2 verabfolgt) in 1—4 Tagen fieberfrei. Man muss mit diesen Halbbädern möglichst frühzeitig beginnen, selbst wenn die Diagnose noch nicht ganz sicher gestellt ist. Die Halbbäder sind auch prophylaktisch sehr wirksam, und des Autors Er-

fahrungen in mehreren hundert Fällen von Masern und Keuchhusten lehren, dass, wenn man diese Krankheiten zweckmässig hydiatrisch behandelt, sehr wenige Kranke an P. erkranken und daher die Mortalität ganz gering ist. Heroische Procedures, wie sie Jürgenssen anwandte, von 26 bis auf 8° C., oder Buxbaum 22 auf 18° C., werden wohl nur in schweren Fällen nöthig sein, können aber in den Händen eines erfahrenen Therapeuten natürlich vortrefflich wirken. Die Technik von Halbbädern mit Kreuzbinden ist eine einfache. Das Kind wird in einem warmen Raume (18—20° C.) in eine Badewanne mit nur soviel Wasser gelegt, dass das Wasser die Brust nicht ganz bedeckt, dann während der Dauer des Bades frottirt. Nach 2 Minuten langsamer Zuguss von kaltem Wasser bis zur gewünschten Abkühlung des Badewassers. Das Kind wird mit einem warmen Tuche frottirt und zu Bett gelegt. Diese Bäder giebt man Morgens und Abends. Die Kreuzbinden werden 1—2—3 mal täglich 1—2 Stunden applicirt. Die in Wasser von 15—8° C. getauchte und je nach dem gewünschten Effect (grössere oder kleinere Wärmeentziehung) wenig oder viel ausgedrückte Leinwandbinde wird in 3 Touren applicirt. Von der rechten Achselhöhle über die rechte Schulter den Rücken hinunter zur rechten Achselhöhle, über die Brust zur linken Achselhöhle und zurück über den Rücken und die linke Schulter zur linken Achselhöhle, dann noch eine Tour um die Brust. Ueber diese nasse Binde, welche je nach dem Alter des Kindes 3—10 cm breit und 1—2 m lang ist, kommt eine um 1—2 cm breitere trockene Flanellbinde. Die Halbbäder wirken blutdruckerhöhend und damit herzstärkend, auch durch Entlastung des centralen Kreislaufs zu Gunsten des peripheren, befördern die Expectoration, wirken als Analepticum sowohl auf die Herznerven, wie auch auf die vasomotorischen Centren; die Excretion nimmt zu, der Stuhlgang wird beschleunigt, die Diurese steigt. Wir besitzen kein medicamentöses Mittel, das auf schadlose Weise diesen mannigfachen Indicationen gerecht wird. Es ist gut, wenn die ersten Bäder unter Aufsicht des Arztes gegeben werden. Vorher und nachher bekommt das Kind etwas Milch, event. mit Schwarzthee.

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1905 Nr. 1.)

— **Klinische Beobachtungen und Erfahrungen mit dem Pneumokokkenserum Roemer bei der croupösen P.** veröffentlicht Stabsarzt Dr. Knauth (Garnisonlazarett Würzburg).

Mit dem von Merck hergestellten Serum wurden 7 Fälle schwerer P. behandelt und recht befriedigende Erfolge erzielt. Es wurden 20 ccm unter die Gesässhaut injicirt, die Injection event. noch am gleichen oder am folgenden Tage wiederholt. Meist genügten 2—3 Injectionen; diese erwiesen sich als absolut unschädlich, auch die Einstichstelle blieb stets reactionslos. Bald nach erfolgter Injection wurden Puls, Athmung, Fieber, Auswurf, vornehmlich aber das subjective Allgemeinbefinden ausserordentlich günstig beeinflusst; der rein blutige Auswurf verlor einige Male in wenigen Stunden jede Blutbeimischung; Pat., die vorher apathisch gewesen, erschienen wie umgewandelt u. s. w. Der Temperaturabfall erfolgte in der Regel allmählich, Collapszustände blieben daher aus. Die Reconvalescenz nahm stets einen normalen Verlauf.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 12.)

- **Ueber einen Fall von metastatischer P. nach einer Otitis media suppurativa** berichtet Oberstabsarzt Dr. Hrach (Przemyśl). Der Zusammenhang der P., die in circumscripten Herden auftrat, mit der Ohr affection, ergab sich aus der bakteriologischen Untersuchung. Im otitischen Eiter, im Nasensecret und Bronchialsputum, und auch im Blut wurden Stäbchen gefunden, die als Pfeiffer'sche Influenzabacillen gedeutet werden mussten. Durch diese bakteriologische Untersuchung ergab sich auch, dass höchstwahrscheinlich der alte Ohrenprocess, durch eine vorangehende Erkrankung an Influenza neu angefacht, den Ausgangspunkt zur weiteren Infection bildete. Der Fall endete letal, und dürfte die Prognose in solchen metastatischen Fällen, wo es zu raschem Zerfall des Lungengewebes infolge von Abscedirung der infiltrirten Lungenherde kommt, überhaupt eine triste sein. Die mikroskopisch-bakterielle Untersuchung in derartigen Fällen ist also auch in prognostischer Hinsicht wichtig.

(Wiener med. Wochenschrift 1905 No. 12.)

- **Die Behandlung der Lungenentzündung**, von Dr. Walser. Verfasser ist gegen die Anwendung von Herzmitteln in der Pneumonie und hält es für viel richtiger, durch reichliche Darreichung von Nährmitteln, deren Aufnahme er durch appetitanregende Mittel zu fördern sucht, dem Herzen die verlangte Mehrarbeit zu ermöglichen. Daneben sieht er im *Creosotal* ein souveränes, in Wahrheit causales Mittel, das die Krankheitserreger der Pneumonie unschädlich macht.

Die Wirkung des Creosotals illustriert er durch die Krankengeschichte einer 76jährigen, herzkranken Frau, die, an Pneumonie erkrankt, Dämpfung des oberen, linken Lungenlappens, Knisterrasseln etc. mit 40° Fieber aufwies. Verfasser verordnete feuchte Packungen und gab 2stündlich 15 Tropfen Creosotal in heisser Milch mit dem Resultat, dass am andern Morgen die Temperatur nur noch 38° betrug. Die Creosotaldosis wurde verdoppelt und am dritten Tage setzte bei einer Morgentemperatur von 36° unter heftigem Schweissausbruch die Krisis ein, worauf die Genesung rasche Fortschritte machte.

(Medico, 1905 No. 4.)

Rhinitis. Zur Behandlung des acuten Schnupfens giebt

Prof. Dr. Henle (Breslau) eine Methode an, die er zunächst bei sich selbst mit promptem Erfolge angewandt hat und dann noch in 5 Fällen als wirksam erprobte. Es ist die Bier'sche Stauung, die so günstig einwirkte. Dass man durch die Gummibinde den Kopf ohne Gefahr und ohne grosse Unannehmlichkeiten für den Pat. hyperaemisiren kann, hat Bier selbst gezeigt. Eine zu starke Einwirkung der Constriction braucht man nicht zu fürchten, wenn man sich des von Henle angegebenen Hohlschlauches bedient, welcher ein genaues Dosiren der Stauung gestattet. Autor erreichte schon mit einem Druck von 25 mm Quecksilber ausreichende Hyperaemie: Deutliche Füllung der Venen, bläuliche Verfärbung des Gesichtes. Er liess die Binde 1—3 Stunden liegen und erreichte so, dass die Beschwerden fast unmittelbar oder sehr rasch nachliessen und auch der Katarrh in recht kurzer Zeit beseitigt wurde.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 6.)

- **Zur Behandlung des Schnupfens der Säuglinge** macht Dr. L. Ballin (Kinder-Asyl der Stadt Berlin) eine Mittheilung. Der acute Schnupfen im Säuglingsalter ist durchaus nicht als harmlose Erkrankung aufzufassen. Der Verschluss der Nasengänge und die Ansammlung des Secrets trägt manche üblen Folgen, und man muss ernstlich dafür sorgen, dass Anschwellung und Secretverminderung eintreten, die Nasenathmung bald wieder frei wird. Dazu hat sich die Benützung von *Nebennierenpräparaten* als recht wirksam erwiesen. Man legt abwechselnd in jedes Nasenloch für 3—4 Minuten kleine Wattetampons, die in eine Adrenalinlösung 1:1000 getaucht sind, dann wird die Schleimhaut anaemisch und schwillt ab. Da diese Wirkung nur

3—4 Stunden anhält, muss man die Procedur 3—4 mal täglich wiederholen, eventuell sogar vor jedem Trinken. Nach 3—4 Tagen kann man zu seltener Anwendung übergehen. Die Bildung von flüssigem Secret lässt nach, dagegen tritt Borkenbildung auf, die man mit weisser Praecipitatsalbe behandelt. Statt der leicht verderblichen Adrenalinlösung kann man zweckmässig Hemisine-Tabletten (Burrough, Wellcome & Co.) anwenden; eine Tablette mit 5 ccm Wasser aufgelöst, entspricht obiger Lösung, hält sich einige Tage und macht das Verfahren zu einem viel billigeren. Bei schwächlichen Säuglingen geht aus der acuten Infection oft eine sehr hartnäckige, durch blutig, schleimig, eitriges Secret gekennzeichnete Rh. hervor. Hier muss ausser Adrenalin noch $\frac{1}{2}$ —1%ige Höllensteinlösung angewandt werden, und zwar so, dass 1 mal im Tage nach der Adrenalinapplication in jedes Nasenloch 1 Tropfen davon gebracht wird. Nach wenigen Tagen hört dann die Secretion auf, aber die Behandlung ist noch längere Zeit fortzusetzen, damit kein Recidiv eintritt. Diese Therapie hat einen sehr günstigen Einfluss auf die Nahrungsaufnahme und verhütet auch Lungencomplicationen; von den mit Adrenalin behandelten Kindern erkrankten nur 12,5% an Bronchitis, von den unbehandelten 44,4%. Die Methode erwies sich auch recht wirksam bei der *syphilitischen Coryza der Säuglinge*; seit der Adrenalin-Höllensteinbehandlung waren Todesfälle an Lungenaffectionen nicht mehr zu verzeichnen.

(Die Therapie der Gegenwart, Februar 1905.)

Stricture oesophagi. Eine verbesserte Oliven-Dilatationssonde zur Erweiterung von Oesophagusstenosen

hat B. Wagner (Medicin. Klinik, Rostock) construiert. Alle heute zur Oesophagussondirung gebräuchlichen starren Sonden haben den Nachtheil, dass sie unmittelbar hinter dem Sondenknopf gar nicht oder zu wenig biegsam sind, um ein leichtes Einführen durch den Schlund zu gestatten. Man ist da immer gezwungen, mit 2 Fingern in den Rachen des Pat. einzugehen, um die Olive über den Zungengrund und Kehldeckel hinüberzubringen, eine für die Pat. unangenehme, oft schmerzhaft Manipulation. Es erschien deshalb vorthellhaft, an dem für das Aufschrauben der Olive bestimmten Metallansatzstück ein Kniegelenk einzuschalten, um so durch den leicht abknickenden Sondenknopf eine dem anatomischen Bau des Pharynx angepasste Führung für die Sonde zu erzielen.

Aus diesem Grunde hat Autor eine mit durchaus festem Kugelgelenk versehene Sonde (W. Vick in Rostock) anfertigen lassen, die sich als sehr praktisch und für den Pat. bedeutend schonender erwiesen hat. Die schon vor der Einführung abgeknickte Olive gleitet bei einiger Uebung des Untersuchers ohne weiteres über den Kehldackel nach abwärts, und selbst wenn mal digitale Nachhülfe nöthig wird, gelingt das spielend.

(Medicin. Klinik, 15. Januar 1905.)

- **Mit Thiosinamin behandelter geheilter Fall von Speiseröhrenverengung** wird von Dr. H. Halász (Miskolcz) beschrieben. Es handelte sich um einen hochgradigen Fall von Oesophagusstrictur nach Vitriolätzung, bei dem Thiosinamin glänzenden Erfolg hatte. Autor injicirte jeden dritten Tag 1 ccm 15% iger alkoh. Lösung unter die Haut des Rückens zwischen diese und die Musculatur, was einen momentanen brennenden Schmerz hervorrief. Aber schon nach der zweiten Einspritzung konnte Pat. besser schlucken, passirte eine dünne Sonde besser die Strictur. Nach 6 Injectionen, in welcher Zeit gradatim täglich dickere Sonden durchgeführt wurden, war Pat. geheilt.

(Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1904, No. 11.)

Tuberculose. Ueber die Bedeutung des Sorisins für die

Kinderpraxis lässt sich Dr. L. Buchsbaum (Wien, I. öffentl. Kinderkrankeninstitut) aus. Das neue Präparat, eine röthlichbraune, syrupartige, angenehm süß schmeckende Flüssigkeit, ist im Wesentlichen eine 10% ige Lösung von Thiocol in Syr. Cort. aur. Sorisin bewährte sich bei specifischen Affectionen der Lungen und katarrhalischen Erkrankungen der Luftwege. In den 14 damit behandelten Fällen, sämmtlich Kinder armer Leute betreffend, konnte innerhalb verhältnissmässig kurzer Zeit schon der günstige Einfluss der Medication auf das Allgemeinbefinden und den Kräftezustand der kleinen Pat. constatirt werden. In den Initialstadien der Lungentuberculose ergab sich fast immer sehr bald eine entschiedene Besserung, indem sich der Appetit hob, der Auswurf geringer wurde, der Husten abnahm und sich verlor, die Schweisse und das Fieber verschwanden. Aber auch in vorgeschrittenen Fällen kam es zur Besserung der Allgemeinerscheinungen und Zunahme des Körpergewichts. Diese günstige Wirkung auf den Krankheitsverlauf bei Erkrankungen der Respirationsorgane, sowohl tuberculösen, als nicht specifischen

Charakters, sein angenehmer Geschmack, sein billiger Preis sichern dem Sorisin eine hervorragende Rolle im Arzneyschatz.

(Therap. Rathgeber, Beilage zur „Aerztl. Central-Ztg.“ vom 11. Februar 1905.)

— **Sorisin** hat Dr. J. Pollak (Heilanstalt Alland) mit Erfolg angewandt, und kommt derselbe auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Schlüssen:

1. Das Sorisin ist ein ausgezeichnetes Stomachicum, nicht nur für Tuberculöse, sondern auch für scrophulöse Kinder.
2. Das Sorisin ist ein sehr gutes Expectorans, sowohl für Tuberculöse, wie auch für Bronchitiker, Asthmatischer.
3. In vielen Fällen beeinflusst Sorisin die Nachtschweisse günstig.
4. In manchen Fällen kann das Sorisin auch die Herabsetzung der Temperatur bei Fiebernden bewirken.
5. Das Sorisin verursacht fast in allen Fällen eine ansehnliche Körperzunahme.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905 Nr. 12.)

— **Ueber Wirkung und Nebenwirkungen des Maretins** hat F. Henrich (St. Marien-Krankenhaus, Berlin) Erfahrungen gesammelt, die er wie folgt zusammenfasst: „Nach unseren Beobachtungen würden wir das Maretin also dahin beurtheilen, dass es Fiebertemperaturen der Phthisiker im Allgemeinen gut herabsetzt und die Temperatur bei regelmässiger Darreichung des Mittels ziemlich constant in mässigen Grenzen hält, wobei manchmal eine 2malige tägliche Dosis von 0,25 g genügt, öfters aber auf 2 Mal 0,5 gestiegen werden musste. Bei hohen Temperaturen tritt neben der Temperaturerniedrigung zunächst Schweissbildung auf, die mehr oder weniger lästig werden kann, durch gleichzeitige Darreichung eines Antihidroticums aber anscheinend günstig zu beeinflussen ist. Bei fortgesetztem regelmässigen Gebrauch kann man erwarten, dass auch anfangs sehr lästige Schweissausbrüche wesentlich geringer werden bezw. schliesslich ganz wegbleiben. Wir erblicken daher in dem Maretin ein Antipyreticum, das im allgemeinen bei Phthisis gut und sicher wirkt, auch gut vertragen wird und daher wohl Empfehlung verdient.“

(Therap. Monatshefte, März 1905)

— Zu dem Capitel **T. und Schwangerschaft** liefert Dr. M. v. Holst (Carola-Krankenhaus Dresden) wieder ein trauriges

Exempel, indem er einen Fall schildert, wo die Phthise sich während der Schwangerschaft rapid ausbreitete und im Wochenbett sehr bald letal endete. Autor fasst im Anschluss an diese Beobachtung seine Ansichten wie folgt zusammen: „Acquirirt eine Frau eine T. oder wird bei einer Frau eine latent gewesene T. florid, so sind die Ehegatten auf die Gefahren einer Schwangerschaft aufmerksam zu machen. Wird eine latente T. in der Schwangerschaft florid, so sollte der Frauenarzt ermächtigt sein, wenn nicht besonders gravirende Familienverhältnisse oder Wünsche der Ehegatten zu berücksichtigen sind, durch künstliche Fehlgeburt die Schwangerschaft zu unterbrechen.“

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 9.)

Typhus. Ueber den Werth des Pyramidons für die Behandlung des Abdominaltyphus giebt auf Grund seiner Erfahrungen Primararzt Dr. C. Hödlmoser (Landesspital Sarajevo) sein Urtheil ab. Als erster hat 1903 Valentini die Pyramidonbehandlung des T. empfohlen und folgende Sätze aufgestellt:

1. Man kann durch fortgesetzte, Tag und Nacht in 2stündigen Zwischenräumen gereichte Dosen von Pyramidon bei allen Fällen von T. die Temperatur auf die Norm oder fast auf die Norm herabdrücken. Dadurch wird auch der Puls und das Sensorium sehr günstig beeinflusst, die Pflege hervorragend erleichtert.
2. Ungünstige Wirkungen des Mittels kommen nicht zur Beobachtung.
3. Eine spezifische Wirkung auf den Unterleibstyphus scheint nicht zu bestehen, jedoch haben wir den Eindruck, dass der ganze Krankheitsverlauf sehr günstig beeinflusst wird.
4. Die Auswahl der richtigen Dosis erfordert, wie bei jeder medicamentösen Behandlung, eine gewisse Uebung. Die richtige Dosis ist die, bei der der Kranke dauernd fieberfrei ist. Bei Kindern genügen dazu 0,1—0,2 g 2stündlich, bei Erwachsenen 0,3 bis 0,4 g, je nach der Schwere des Falles. Man gebe anfangs dreist Dosen, da auch ein starkes Sinken der Temperatur (35°) keinen Schaden bringt. Ist der Kranke einige Tage fieberfrei, so kann man die Dosis ermässigen.
5. Wenn man annehmen darf, dass die Fieberperiode abgelaufen ist, so kann man das Medicament 1—2 mal

probeweise aussetzen; man lässt es aber erst dauernd fort, wenn der Kranke fieberfrei bleibt.

Hödlmoser hat seit längerer Zeit fast alle Fälle von T. mit Pyramidon behandelt und fand die Angaben Valentini's glänzend bestätigt. Es waren 24 leichte und 57 schwere Fälle in Behandlung, von denen nur 5 letal endigten. Spricht schon diese Mortalität von nur 5% zu Gunsten der Methode, so thut es noch weit mehr der Verlauf der anderen Fälle, die Beeinflussung der Typhussymptome durch das Pyramidon. Das Allgemeinbefinden wird z. B. durch letzteres weit günstiger und intensiver beeinflusst, als durch die Wasserbehandlung. Autor modificirte das Valentini'sche Verfahren etwas, brachte es mehr individualisirend zur Anwendung. So zog er nur in schweren Ausnahmefällen die nächtliche Verabreichung des Mittels zu Hülfe. Im Uebrigen blieb er in der Regel bei der Dose von 0,2 g in Pulverform für Erwachsene und gab dieselbe in der Regel 3stündlich, da er damit auch in schweren Fällen fast immer auskam. Nur ausnahmsweise gab er das Mittel bei Tag und Nacht 2stündlich, aber nur durch einige Tage. In leichten Fällen gab er von Anfang an nur in grösseren Intervallen diese Dosen, z. B. nur 1—2 mal am Tage. Gegen Ende der Krankheit wurde die Verabfolgung successive eingeschränkt. Bei Kindern gab er kleinere Dosen (0,05 g). Die Wirkung des Pyramidons auf die Temperatur ist in der Regel enorm, ebenso die Beeinflussung der nervösen Erscheinungen und des Sensoriums; der Unterschied zwischen dem Aussehen der Pat. vor Beginn der Behandlung und einige Tage nach Einleitung derselben ist ein auffallender. In keinem einzigen Falle kamen Collapserscheinungen vor. Sehr wenig Complicationen traten ein; dadurch, dass die Trübung des Bewusstseins sehr bald weicht, kommt es weit seltener zu Decubitus und Lungenerscheinungen. In den wenigen Fällen, wo Recidive auftraten, verliefen sie sehr mild. Also wir besitzen im Pyramidon ein Mittel, welches ausserordentlich günstig die Hauptsymptome des T. und den ganzen Verlauf der Krankheit beeinflusst. Eine Abkürzung des T. tritt nicht ein. Man beginne so früh wie möglich mit der Behandlung; denn gerade im Stadium des Fiebers ist die Einwirkung des Mittels eine ausgezeichnete, und man spart erheblich an Kraft des Kranken. Autor ist weit davon entfernt, im Pyramidon ein Specificum gegen den Typhuserreger zu erblicken, aber es ist ein Mittel, welches

imstande ist, die Wasserbehandlung beim T. zu ersetzen, ja gegenüber derselben grosse Vorzüge besitzt, und das namentlich zur Zeit grösserer Epidemien, in denen eine regelrechte Wasserbehandlung nicht durchzuführen ist, sich als sehr werthvoll erweisen wird.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905 No. 5.)

- **Einen Masernfall mit abnormalem Verlaufe**, einige Zeit T. vortäuschend, beschreibt Oberstabsarzt Dr. Hrach. Es handelte sich um einen Soldaten, der als typhusverdächtig eingeliefert wurde und in der That nur typhöse Erscheinungen darbot: hohes Fieber, Pleuropneumonie, heftige Kopfschmerzen, Delirien, Schmerzen in der Ileocoecalgegend, diarrhoische Stühle, positive Diazoreaction. Erst nach 14 Tagen kam es zur Eruption eines spärlichen Exanthems, welches masernartigen Charakter zeigte. Dies stiess die ursprüngliche Diagnose um, welche schon durch das Fehlen eines Milztumors zweifelhaft geworden war. Der Krankenpfleger des Pat. erkrankte dann ebenfalls an Masern, was den Fall vollends aufklärte.

(Wiener med. Wochenschrift 1905 No. 6.)

Vermischtes.

- In einer aus dem „Kindlein Jesu Hospital“, Warschau, stammenden Arbeit „**Ueber Sanatogen**“ hat Dr. Czeslaw an einem umfangreichen Untersuchungsmaterial — es sind ca. 60 Fälle beobachtet — die Eigenschaften des Sanatogens in verschiedener Richtung geprüft. Er berücksichtigte zunächst die Resorbirbarkeit des Präparates vom Magen aus und fand, dass es sowohl bei chronischen Magenerkrankungen wie auch bei anderen Affectionen stets schneller — ca. $\frac{1}{2}$ Stunde früher — resorbiert wurde als Hühnereiweiss, ohne dass später Milchsäure nachweisbar war. Ferner hat Verfasser bei einer Anzahl von Fällen von Nierenerkrankungen, acuter und chronischer Art, Sanatogen verabfolgt und hat stets die völlige Reizlosigkeit derselben constatirt, wobei er auch nie eine Erhöhung der Eiweissausscheidung fand; er zieht es aus

diesem Grunde auch dem Fleischeiweiss bei weitem vor, das er durch Sanatogen ersetzen will. Bemerkenswerth sind auch die in den meisten Fällen erzielten Gewichtszunahmen, die oft eine recht beträchtliche Höhe in relativ kurzer Zeit erreichen. Aehnlich günstige Erfolge erzielte Verfasser bei Typhus abdominalis, Scrophulose und Chlorose; bei letzterer gab er es sowohl allein, als auch gleichzeitig mit Eisenpräparaten und hat dann eine leichtere Aufnahme der letzteren constatirt.

(Kronika Lekarska 1904 No. 21.)

- **Ueber Behandlung durch venöse Stauung** handelt ein klinischer Vortrag von Prof. H. Tillmanns (Leipzig). Die Technik des Bier'schen Verfahrens ist verschieden je nach der Körperstelle und der Art der Erkrankung. Im Allgemeinen besteht dasselbe bekanntlich darin, dass man oberhalb der Stelle, welche man hyperaemisiren will, eine Martin'sche oder besser eine überwebte Gummibinde in mehreren sich nicht vollständig deckenden, einen grösseren Theil des Gliedes umfassenden Touren nur so fest anlegt, dass ausschliesslich die Venen comprimirt werden, während die Arterien gar nicht oder nur wenig verengt werden. Damit die Stauungsbinde nicht drückt, legt man sie am besten über Mull oder etwas Watte an, auch soll man bei häufiger Stauung die Abschnürungsstelle möglichst wechseln. Das Ende der Binde wird durch eine Sicherheitsnadel befestigt. Je nachdem man die Binde lockerer oder fester anlegt, kann man die verschiedensten Grade der Stauungshyperaemie erzeugen. Legt man z. B. die Binde um den linken Oberarm, so schwellen zunächst die subcutanen Venen des Handrückens und an der Beugeseite des Vorderarms an, der letztere verfärbt sich zunehmend blau, während Hand und Finger mehr hellroth und weissgefleckt aussehen. Im weiteren Verlauf nimmt dann die oedematöse Schwellung der Hand und des Vorderarmes allmählich zu. Hauttemperatur an dem gestauten Arm fast dieselbe, wie an dem anderen. Leichte Grade von venöser Stauung kann man stundenlang ohne Beschwerden ertragen, während bei zu fest angelegter Binde schon nach wenigen Minuten hochgradige venöse Stauung mit schmerzhaften Empfindungen auftritt: der ganze Arm wird schwer, ist wie eingeschlafen, fühlt sich kalt an, es zeigen sich zinnoberrothe Verfärbungen in der Haut; die Schmerzen können schon nach 20 Minuten und früher so hochgradig werden, dass die Binde entfernt

werden muss; die Hauttemperatur ist um 2 bis 3 Grad gesunken. Bei jedem Grad der Stauung fliesst ein Theil des gestauten Blutes sicher durch den Knochen, resp. durch die Markhöhle ab. Nach Lösung der Binde verschwinden bei hochgradiger Stauung alle Erscheinungen oft erst in 2—3 Tagen. Jede starke Stauung ist zu verwerfen, in praxi soll die venöse Stauung nie Schmerzen oder Gewebsblutungen (jene zinnoberrothen Flecke!) erzeugen! An der oberen Extremität lässt sich die Stauungshyperaemie im Allgemeinen leichter hervorrufen, als an der unteren, wo man besonders bei fetten Individuen auf Schwierigkeiten stösst. Abgesehen aber vom Hüftgelenk kann man jeden beliebigen Theil der Extremitäten mit venöser Stauung behandeln. Die Schultergelenkstauung macht man nach Bier am besten so: Um den Hals wird ganz lose ein zusammengefaltetes Tuch geschlungen; dann legt man von der Achselhöhle aus über Watte oder Filz einen dicken Gummischlauch, führt das eine Ende desselben durch die Halstuchschlinge, das andere aussen über die Schulter und verbindet die beiden Enden des angezogenen Gummischlauches oberhalb des Halstuches durch eine Klemme; ferner zieht man den Constrictionsschlauch durch einen vorn und hinten über den Thorax gelegten Bindestreifen nach der gesunden Achselhöhle hin; die beiden Bindestreifen werden in der letzteren zusammengeknüpft. Bei Frauen befestigt man diese Bindenzügel auf der gesunden Seite an einem am Corsett angebrachten Ringe. Auf diese Weise kann der am Hals und seitlich fixirte Gummischlauch nicht abgleiten, und andererseits ist man sicher, dass auch thatsächlich die ganze Schultergelenksgegend unter venöse Stauung gesetzt ist. Weil man bei der Schultergelenkstauung den Schlauch stets an derselben Stelle anlegen muss, sei man vorsichtig und wende die Stauung hier nie zu lange, nie zu oft und nie in starkem Grade an. In geeigneten Fällen wickelt man den gesunden peripheren Theil der Glieder bis in die Nähe des Krankheitsherdens mit einer gewöhnlichen Binde ein. Richtig angewandt, ist die venöse Stauung weder unangenehm noch gefährlich. Man kann zur Stauung auch Saugapparate benutzen. Bier hat die ursprünglichen Junod'schen Apparate zweckentsprechend modificirt. Sie bestehen jetzt aus Glasröhren mit Gummistulpe, und sind nur an einem Ende oder an beiden offen. Die Stulpe wird am centralen Ende luftdicht mittels Gummibinde an die in den Glasbehälter gesteckte Extremität befestigt.

Dann wird die Luft am Apparat durch eine grössere, stehende Saugpumpe (analog den Fahrräderpumpen, jedoch mit umgekehrter Ventilstellung) so verdünnt, wie es der Kranke noch verträgt. Die Pumpe ist mit dem Glasgefäss durch einen Gummischlauch mit einem Gummistöpsel und einem Stellschraubhahn verbunden, welcher beliebig geöffnet und geschlossen werden kann. Man beobachtet durch das Glasgefäss nach der Verdünnung der Luft in demselben das Verhalten der Gliedstelle, resp. den Grad der erzielten Hyperaemie. Nach Belieben wird der Stellschraubhahn geschlossen oder geöffnet, und man pumpt nach Bedarf weiter. Für Hüft- und Schultergelenk giebt es noch keine Saugapparate. Nie soll man durch diese Apparate die höchsten Grade der Hyperaemisirung hervorrufen. Die Wirkung der Apparate ist im Wesentlichen dieselbe wie die der Stauungsbinde. Die allgemeine Wirkung der venösen Stauungshyperaemie überhaupt ist vor allem eine schmerzstillende, ferner eine die Bakterien abtödtende oder abschwächende, eine resorbirende resp. auflösende und eine ernährende resp. regenerirende. Die schmerzstillende ist eine ganz typische; tritt sie nicht ein, dann ist die Methode falsch ausgeführt, oder der Fall eignet sich eben nicht für die Stauungshyperaemie. Die Abtödtung oder Abschwächung der Bakterien ist bewiesen theils durch die Erfolge bei verschiedenen Infektionskrankheiten, besonders bei der Tuberculose, theils durch Experimente. Auch die anderen Wirkungen sind anerkannt. Zweifellos z. B. begünstigt die Hyperaemie das Längen- und Dickenwachsthum kranker und gesunder Knochen, die Callusbildung bei Fracturen, die Regeneration der Sequesterladen bei Nekrose. Wie und bei welchen Krankheiten kann nun die Methode in der Praxis angewandt werden? Was zunächst die Tuberculose der Gelenke anbelangt, so soll man hier nur kurz dauernde Stauungen anwenden, damit die Entstehung kalter Abscesse und chronischer Oedeme vermieden wird. Nur in der ersten Zeit kann man täglich Stauungen bis zu 8—10—12 Stunden benützen; ist die Schmerzhaftigkeit der Gelenke vermindert, dann geht man rasch auf eine Stunde herab. Für die allgemeine ärztliche Praxis empfiehlt Autor ausnahmslos, die Binde nur 1 Stunde anzulegen und während dieser Zeit (Sprechstunde!) stets nachzusehen, ob alles in Ordnung ist. Man lege die Binde mässig fest in grösserer Entfernung vom Krankheitsherde an, z. B. bei Tuberculose des Hand- oder Fussgelenks am Oberarm resp. Oberschenkel. Schmerzen

und Paraesthesien dürfen nicht entstehen. Offene und geschlossene Gelenktuberculosen werden in gleicher Weise behandelt. Kalte Abscesse werden incidirt, und dann nach einigen Tagen beginnt man die Stauung. Entstehen Abscesse während letzterer, so incidirt man ebenfalls und setzt die Stauung einige Tage aus. Fixirende Verbände sind nur bei Contracturen zweckmässig, sonst aber nicht, weil nach Aufhören der Schmerzen vorsichtig active und passive Bewegungen der Gelenke ausgeführt werden; auf diese Weise erzielt man functionell leistungsfähigere Gelenke, als durch andauernde Fixation. Nicht geeignet für die Stauungshypaemie sind schwere Fälle von Tuberculose mit Amyloid oder Lungenphthise, ferner Gelenktuberculosen mit schlechter Stellung der Gelenkkörper, Hydrops tuberculosus, die Tuberculose der Haut und des Unterhautzellgewebes, der Lymphdrüsen, Sehnenscheiden, Knochen, Hoden usw. Von den acuten und subacuten Gelenkentzündungen eignen sich besonders die gonorrhoischen für die venöse Stauung; sie wirkt hier ganz besonders schmerzstillend, sie muss aber eine hochgradige sein, täglich 1—2 Stunden, in schweren Fällen viel länger. Man richte sich ganz nach dem Empfinden der Patienten, über erhöhte Schmerzhaftigkeit dürfen sie nicht klagen. Nach Abnahme oder Beseitigung der Schmerzen macht man auch hier vorsichtig active und passive Bewegungen. In den Zwischenpausen Hochlagerung. Einfacher Gelenkhydrops bei Tripperkranken ist für venöse Stauung nicht geeignet. Bei allen sonstigen acuten Gelenkentzündungen ist die Dauer der anzuwendenden Stauung, je nach Art des Falles, sehr verschieden; oft genügen täglich 1 bis 2 Stunden, oft sind 10—12 und mehr zweckmässig. Beim acuten Gelenkrheumatismus tritt besonders die schmerzstillende Wirkung hervor. Autor rät, bei allen acuten, nicht gonorrhoischen Gelenkentzündungen nur mit Vorsicht die venöse Stauung zu versuchen, zweckmässig aber ist sie jedenfalls in der Nachbehandlung, wenn noch Schmerzen und Bewegungsstörungen bestehen. Sehr geeignet sind die chronischen Gelenkversteifungen nach Traumen und Entzündungen, bei chronischem Gelenkrheumatismus, Arthritis deformans etc. Hier wird die venöse Stauung event. combinirt mit Massage, medico-mechanischer Behandlung, Heisslufttherapie usw. In allen Krankheitsfällen, wo wir eine kräftige, resorbirende Wirkung erzielen wollen, ist die active Hypaemie durch heisse Luft (täglich einmal 1 Stunde) oder der Saug-

apparat (Junod'scher Stiefel) der venösen Stauung vorzuziehen. Auch bei Neuralgien und sonstigen Schmerzen ist die active Hyperaemie vorzuziehen. Dagegen hat Bier die Stauungshyperaemie als „Kopfstauung“ bei Kopfschmerzen, besonders anaemischen, mit Erfolg angewandt. Technik: Man legt eine Gummibinde oder besser ein gewirktes Gummiband mit Haken und Oesen zur Befestigung so fest um den Hals, dass eine deutliche Hyperaemie der Gesichtshaut, aber keine Beschwerden entstehen. Autor wendet die Kopfstauung nicht an. Bei allen acuten Entzündungen der Weichtheile (Phlegmone, Erysipel u. dergl.) ist die venöse Stauung contraindicirt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 4.)

- **Thiosinamin bei Narbencontracturen** empfiehlt Dr. Mellin (Kreiskrankenhaus in Britz). Die Methode ist nicht mehr neu. Angewendet wurde das Thiosinamin bisher meist in 15 bis 20%iger alkoholischer Lösung als Injection in rasch steigender Dosis, $\frac{1}{3}$ — 1 Pravaz'sche Spritze, gewöhnlich in 20 — 30 Injectionen. Manche empfahlen 10%ige wässrige Lösung mit Glycerin, und diese ist auch nach des Autors Erfahrungen weniger schmerzhaft, muss allerdings vor Gebrauch erwärmt werden. Die Injectionsstelle ist gleichgültig, nur darf nicht ins Narbengewebe selbst injicirt werden. Autor hat die Injectionen in einer ganzen Reihe von Fällen mit meist günstigem Resultate verwendet. Am auffallendsten war die rasche Wirkung in einem Falle von ausgedehnter Verbrennung, die zu ausserordentlicher Narbenbildung geführt hatte. In 25 Injectionen wurden ca. 2,3 g Thiosinamin injicirt, anfangs dreimal wöchentlich eine Spritze, dann seltener. Sehr schnelle Erweichung der Narben und Lösung der Contracturen folgte dieser Therapie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 5.)

- **Ein neuer Halseisbeutel** ist von Dr. Löwenstein (Elberfeld) construiert worden und hat sich demselben als äusserst praktisch erwiesen, da er die Fehler der üblichen Eisbeutel vermeidet. Der neue Halseisbeutel, von länglich ovaler Form, reicht von einem Kieferwinkel bis zum anderen und wird durch ein mit einer Schlaufe versehenes und so verstellbares Gummiband an die vorderen Parthieen des Halses fest angedrückt. Ein kleiner Haken befindet sich an der einen Seite des Eisbeutels, sodass der Patient bei der Befestigung des Gummibandes nicht jedesmal den

Kopf in die Höhe zu heben braucht. Ein zweites ebensolches Gummiband ist an dem oberen Rande des Eisbeutels befestigt und hält, über den Kopf des Patienten gezogen, fest nach oben. Der Eisbeutel lässt sich leicht füllen und ist, durch einen Gummiring verschlossen, vollständig wasserdicht. Derselbe wird in zwei Grössen, für Erwachsene und Kinder, angefertigt (Garshagen & Rothstein, Düsseldorf). (Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 5.)

- Ueber **die Verwendung der Spiritusverbände** handelt ein Aufsatz von Oberstabsarzt Dr. Brugger (Frankfurt a. M.). Derselbe hat das von Salzwedel angegebene Verfahren im Ganzen beibehalten. Die Technik entspricht der Forderung, dass eine dauernde Einwirkung des Spiritus in gas- oder dampfförmigem Zustande auf die Gewebe stattfindet, dass also eine Verdunstung gehindert, aber nicht aufgehoben wird. Auf die Haut kommt zunächst der mit Spiritus durchtränkte Verbandmull in etwa 8facher Lage (1 cm dick), darüber eine 2—3 cm dicke Schicht lockerer Wundwatte, darüber eine Decke von durchlochem, undurchlässigem Verband- oder Gummistoff; das Ganze wird mit einer Binde befestigt. Den Mull legt man in eine Schüssel, begiesst ihn mit Spiritus, lässt ihn sich vollsaugen und drückt ihn soweit aus, bis er nicht mehr tropft. Die Schichten müssen möglichst locker sein und so viel Spiritus enthalten, dass sie feucht bleiben und reichliche Verdunstung stattfinden kann. Auf je 100 qcm Verbandoberfläche sind etwa 10 ccm Spiritus zu rechnen. Der Mull kann zweckmässig 1—1½ cm dick zu handbreiten Binden aufgewickelt, in geeigneten Kästen aufbewahrt und in Kreistouren locker angelegt werden. Nach Salzwedel soll 96%iger Spiritus benützt werden. Autor verwendet in Fällen, in denen energischere Einwirkung erstrebt wird, so bei allen erheblicheren Entzündungen, 90%igen, in den weitaus meisten Fällen aber, namentlich überall da, wo keine oder nur geringe Entzündung besteht, so auch bei inficirten oder der Infection verdächtigen Wunden ohne Entzündung als Nothverband 50 oder 60%igen. Der undurchlässige Stoff muss den ganzen Verband umschliessen, und er muss, um die Verdunstung zu ermöglichen und Aetzwirkungen zu vermeiden, durchlocht werden; es genügt auch mehrfaches Einstechen mit Scheere oder Messer. • Bei geringwerthigem Spiritus ist die Aetzwirkung weniger zu fürchten; bei Verwendung des 50%igen und des sogen. wasserdichten Verbandstoffs hat

Autor stets von der Durchlochung abgesehen und dabei nie unangenehme Nebenwirkungen beobachtet, wohl aber gesehen, dass der Verband länger feucht blieb und seltener zu erneuern war. Es ist aber nothwendig, dass der Verband möglichst locker angelegt wird. Wer nicht so erfahren ist, thut besser, den Stoff zu durchlochen. Ehe der Verband applicirt wird, muss man beachten, dass die Haut trocken ist, auch nicht durch vorausgegangene hydropathische Umschläge etwa erweicht ist. Etwaige Wunden werden mit sterilem Mull oder Jodoform-, Dermatolmull bedeckt oder locker tamponirt. Wund- oder Körperhöhlen darf man nicht mit alkoholgetränktem Mull tamponiren, da hier bei Unmöglichkeit der Verdunstung mit Sicherheit Aetzwirkung eintritt. Die Verbände müssen im Allgemeinen gross sein und weit über die erkrankte Gegend reichen, namentlich bei Entzündungen, bei Panaritien z. B. über die Hand und womöglich den unteren Vorderarm, bei Entzündungen mit Neigung zu centralem Fortschreiten bis über die etwa befallenen resp. regionären Lymphdrüsen hinaus; es gilt dies besonders an den Gliedern, wo der Verband möglichst weit nach dem Rumpf gehen soll, auch womöglich circulär anzulegen ist. Er soll ferner dauernd feucht, aber nicht nass sein, man kann dies sehr wohl bis zu 12, selbst 24 Stunden erreichen; dann nimmt man ihn einen Augenblick ab und giesst frisch Spiritus auf. Im Uebrigen soll er möglichst lange liegen, unter Umständen 1—2 Tage, mindestens 12 Stunden im Allgemeinen. Der Wechsel richtet sich nach der Dauer und dem Grade der Entzündung, der Neigung zum Fortschreiten etc. Autor hält einen Wechsel mindestens alle 24 Stunden für angebracht bei allen entzündlichen Affectionen. Die Dauer der Anwendung richtet sich nach dem Verlauf und der Wirkung. Man wird bei Entzündungen, Phlegmonen z. B., den Verband auch nach Abschwellung und Rückgang noch einige Tage liegen lassen, unter Umständen bis zur Granulationsbildung, selbst bis zur Heilung. Etwas Vereinfachung und Verbilligung des Verfahrens stellt die von Vollbrecht kürzlich angegebene Methode dar, nach welcher aus Leinwand verschieden grosse Kissen genäht und mit vorher durchgesiebten Sägespänen gefüllt werden, sodass man Polster von 2—3 cm Dicke erhält; diese werden in strömendem Wasserdampf sterilisirt, mit Spiritus getränkt, ausgedrückt und direct aufgelegt, darüber durchlochter wasserdichter Stoff und Binde. Die Kissen schmiegen sich gut an, werden angenehm empfunden und

sind noch nach 24 Stunden feucht. Sie können wieder gewaschen, getrocknet, sterilisirt und benützt werden. Ferner haben die Farbenfabriken vorm. Bayer & Co. ein Präparat *Alkoholcellit*, die Chem. Fabrik Helfenberg Alkoholbinden aus festem Alkohol („*Duralcol*“) hergestellt. Alkoholcellit stellt eine Lösung von Protocellit in Alkohol dar und enthält 60% Alkohol. Es wird mit dem Messer in Streifen oder dünne Platten geschnitten und dann wie die gewöhnlichen Alkoholverbände angelegt. Beim Gebrauch der Duralcolbinden, welche, 6 cm breit, gebrauchsfertig in Blechkapseln und mit 94% igem Alkohol getränkt sind, dem durch Bindung an eine neutrale Seife feste Form gegeben ist, wird die kranke Gegend von der Binde circulär umschlossen oder von derselben mehrfach zusammengelegt bedeckt, darauf kommt Watte, dann wasserdichter Stoff und eine Binde. Die Spiritusverbände wirken ausserordentlich günstig. Zunächst beschränken sie oft schon nach kurzer Zeit die Entzündung. Man kann häufig ein abortives Zurückgehen beobachten, ohne dass es zur Eiterung kommt, oder der entzündliche Process verliert die Neigung weiterzuschreiten und begrenzt sich, Röthung, Schwellung, vor allem die Schmerzhaftigkeit lassen nach. Bei schwereren Formen tritt Besserung der allgemeinen Krankheitserscheinungen ein. Kommt es zur Eiterung, so tritt auffallend rasch Zerfall resp. Einschmelzung zu kleineren, scharf begrenzten Eiterherden ein, zugleich mit Abschwollen der befallenen Lymphdrüsen. Man hat unter Umständen später nur kleinere Einschnitte nöthig und erzielt rasche Abheilung der Abscesse. Also Abkürzung der Krankheitsdauer, eventl. Vermeidung von Einschnitten und grösseren Narben. *Phlegmonen, Panaritien, Furunkel* und *Lymphgefässentzündungen* bilden das hauptsächlichste Indicationsgebiet der Spiritusverbände. Bei *Panaritien* hat Autor oft nach 24 Stunden Schwellungen der ganzen Hand auf eine solche des Nagelgliedes zurückgehen sehen, welches bald eine circumscripte kleine Eiterung zeigte. Immerhin möchte Autor bei Panaritien, wenn der Verlauf sich nicht so rasch vollzieht, rathen, mit wirklich ausgiebigen Incisionen nicht zu warten, und vor allem vor festen, schnürenden Verbänden warnen. Er empfiehlt eine Combination von Handbädern in Schmierseifenlösung mehrere Stunden am Tage, dann trockenen Verband, und über Nacht lockeren Spiritusverband bei frühzeitigen und ausgiebigen Incisionen als eine Behandlungsmethode von Panaritien, die ihm in weit über 600 Fällen stets gute

Resultate ergeben hat. In den Fällen, wo nach Aufhören des eigentlichen Entzündungsprocesses bei Erkrankung eines Fingergelenkes eine reizlose Verdickung des Fingers mit geringer Secretion zurückbleibt, welche infolge partieller Nekrose des Knochens oder Knorpels nicht zur Heilung kommt, hat Autor bei nachträglicher Anwendung des Spiritusverbandes auffallend rasche Heilung mit Erhaltung der Beweglichkeit beobachten können. Es kommen dann die *Entzündungen und Eiterungen der Lymphdrüsen* in Betracht, sowohl bei gleichzeitiger Entzündung anderer Gewebe als auch bei Erkrankung für sich. Ihre vorzügliche Wirkung zeigen die Verbände besonders bei *Bubonen*, sowohl bei Wundinfection als auch besonders bei weichem Schanker. Auch bei *Mastitis*, beim *Erysipel*, Affectionen der *Schleimbeutel* (Hydrops und Eiterung), bei allen Formen von *Gelenkentzündungen* (auch Gelenkrheumatismus, Gicht, Arthritis gonorrhoeica) wirkt der Spiritusverband recht günstig ein, desgleichen bei localer *Tuberculose*, besonders der Knochen. Bei *Thränensackeiterung* und *Hordeolen* vermag der Spiritusverband (mit 50%igem Alkohol) meist völliges Zurückgehen in 24 Stunden zu bewirken. Endlich ist der Spiritusverband zu empfehlen bei inficirten oder infectionsverdächtigen *Wunden*, wo aus irgend einem Grunde genügende Desinfection nicht möglich ist, also vor allem als Nothverband.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 7.)

- **Experimentelle Untersuchungen über das Barutin, ein neues Diureticum**, hat Dr. E. Bibergeil (III. Medic. Universitätsklinik in Berlin) angestellt und gefunden, dass Barutin die Diurese stark erhöht und dem Auftreten von Höhlenergüssen entgegenwirkt. Barutin ist das neuerdings von Brat dargestellte Doppelsalz des Baryum-Theobromin und Natr. salicyl. und wird von der Actiengesellschaft für Anilinfabrication in den Handel gebracht.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 15.)

- **Zur Erweiterung der Indicationen für den Kefirgebrauch** betitelt Wirkl. Staatsrath Dr. A. Hirsch (Riga) eine Mittheilung. Er giebt seine Erfahrungen zum Besten und schliesst aus ihnen, dass:

1. der 3tägige Kefir ein wichtiges Nahrungs- und Heilmittel bei *Keuchhusten* ist;
2. dass Kefir im Initialstadium des *Scharlachs* zur Verminderung der Durstempfindung und zur Aufrechterhaltung der Ernährung zu empfehlen ist;

3. dass die *Scharlachnephritis* durch starken Kefir sehr günstig beeinflusst wird;
4. dass der Kefir im Verlauf der acuten Infektionskrankheiten überhaupt als leicht verdauliches und -assimilirbares Nahrungsmittel Beachtung verdient.

(Therap. Monatshefte, Februar 1905.)

— **Eumydrin, ein Atropin-Ersatz, in der Therapie der Magen- und Darmkrankheiten**, empfiehlt Dr. G. Haas, Spezialarzt für Magen- und Darmkrankheiten (Brünn). 3—4 mal täglich 0,001—0,0025—0,004 in Pulver, Pillen, Lösung oder Suppositorien gab Autor überall da, wo er sonst Atropin oder Belladonna angewandt hatte, bei functionellen, secretorischen und sensiblen Neurosen des Magens und Darmes, z. B. bei alimentärer Hypersecretion und Hyperchlorhydrie, beim Magensaftfluss, bei Gastralgieen, bei spastischen Zuständen des Darmes, Perityphlitis und Appendicitis. Das Mittel wirkte prompt und machte keine unangenehmen Nebenerscheinungen.

(Die Therapie der Gegenwart, März 1905.)

— Ueber **ein einfaches Antiphon** schreibt Dr. Ralf Wichmann: „Bei einem meiner neurasthenischen Kranken, der sehr empfindlich gegen Geräusche ist, sah ich folgendes einfache Antiphon: Man schneidet von einem der langen, dünnen, schlauchförmigen Gummisauger, wie sie für Säuglinge an den Flaschen befestigt werden, das geschlossene Mundende in Länge von etwa 3 cm ab. Es darf natürlich nicht durchbohrt sein. Dann füllt man es leicht mit einem Wattebüschchen, das mit Vaseline durchtränkt ist. Die Füllung darf nicht zu prall sein, sodass also die Gummihülle noch bequem eindrückbar ist. Ferner überstreicht man die Aussenwand des Gummihütchens mit Vaseline. Je ein solches Ding schiebt sich der Kranke mit dem geschlossenen Ende nach vorn in die Gehörgänge.“

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 7.)

— Schleich's **kosmetische Hautcrème** empfiehlt Dr. W. Zeuner (Berlin) zur Hautpflege für Aerzte, um Sprödigkeiten und Ekzemen an den Händen vorzubeugen, sowie für alle, welche leicht aufgesprungene Hände bekommen, ferner für Rauigkeiten am Gesicht, als Lippenpommade, gegen Rhagaden an der Brust, Wundsein der Vulva u. dgl.

(Therap. Monatshefte 1905 Nr. 3.)

Bücherschau.

- Max Joseph's **Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten** wird in Aerztekreisen so hoch bewerthet und geschätzt, dass immer neue Auflagen nöthig werden. Jetzt ist der zweite Theil („*Geschlechtskrankheiten*“) in vierter Auflage (bei G. Thieme, Leipzig) erschienen, 3 Jahre nach Erscheinen der dritten Auflage. Diese Verbreitung beruht zum grossen Theil darauf, dass der Verfasser speciell auf die tägliche Praxis des Arztes Rücksicht genommen hat und es versteht, kurz, klar und scharf alles Wissenswerthe zu sagen. Dass jeder Praktiker die unabweisliche Pflicht hat, sich über alles, was die „Geschlechtskrankheiten“ betrifft, auf das genaueste zu orientiren, braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden; Joseph's Buch bietet ihm dazu eine ausserordentlich günstige Gelegenheit, zumal der Autor bei jeder neuen Auflage stets bestrebt ist, sein Werk dem neuesten Standpunkt der Wissenschaft gemäss immer weiter auszugestalten. Auch bei der vorliegenden Auflage tritt dieses Streben überall hervor, sodass dieselbe mit Recht als „vermehrte und verbesserte“ bezeichnet wird. Sie wird daher zweifellos gleich ihren Vorgängern sich unter den prakt. Aerzten rasch als Lehr- und Nachschlagebuch einbürgern. — In zweiter Auflage erschien im gleichen Verlage Orthmann's **Leitfaden für den gynaekologischen Operationskurs**. Ein präciser, klarer Text, zahlreiche schöne Abbildungen zeichnen das kleine Buch aus. Wenn auch der prakt. Arzt die meisten dieser Operationen nicht selbst ausführt, so muss er doch dieselben wenigstens theoretisch beherrschen; einen Theil derselben wird er ja auch selbst zu machen in der Lage sein. Für beide Fälle ist das Buch aufs beste geeignet, ihm die nöthigen Unterweisungen zu geben.

- Bei G. Thieme (Leipzig) erscheinen ferner fortan die **Vorträge über praktische Therapie**, herausgegeben von Prof. Dr. J. Schwalbe. Der Herausgeber sagt in seiner Einleitung u. A.:

„Der Beifall, den die seit einiger Zeit in der Deutschen medicinischen Wochenschrift veröffentlichten „Klinischen

Vorträge“ aus dem Gebiete der praktischen Therapie bei unseren Lesern gefunden haben, ist für Redaction und Verlag der Wochenschrift Veranlassung gewesen, diese Aufsätze in zwanglos erscheinenden Heften unter dem Titel „Vorträge über praktische Therapie“ weiteren Aerztekreisen zugänglich zu machen. Jeder Aufsatz behandelt in lehrbuchmässiger Darstellung ein Thema aus dem Schaffensgebiet des praktischen Arztes, kurz und knapp, ohne weitschweifige theoretische Erörterungen und ohne Literatur, so etwa wie eine klinische Vorlesung vor Studenten oder wie ein Fortbildungsvortrag vor Praktikern. Die Aufsätze wollen also dem praktischen Arzt die z. Z. feststehenden Regeln für seine Therapie am Krankenbett zusammenfassen, sie bilden eine Ergänzung seiner — bei dem schnellen Fortschritt der Medicin nur zu rasch veraltenden — Lehrbücher, sie wollen ihn zur Prüfung seines Wissens und Könnens anregen und manche verblasste Erinnerung auffrischen helfen: Repetitio est mater studiorum.“

Heft 1 enthält folgende Arbeiten: „Indicationen und Methodik der Digitalistherapie“ von Prof. Eichhorst, „Diagnose und Behandlung der Frühstadien der Tabes“ von Prof. Schultze, „Ueber die Behandlung des Panaritium“ von Prof. Riedel, „Ueber Behandlung und Heilungsaussichten der Sterilität bei der Frau“ von Prof. Bum, „Ueber die Behandlung der Netzhautablösung“ von Prof. Sattler. Die „Vorträge“ sind jedem Praktiker warm zur Anschaffung zu empfehlen, zumal sie sich auch durch grosse Billigkeit (Heft 1 kostet nur 80 Pfg.) auszeichnen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich Dr. E. Graetzer in Sprottau.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

N^o 9.

Preis des Jahrgangs 4 Mk
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Juni

XIV. Jahrgang

1905.

Alopecia. Campherspiritus gegen *A. pityrodes* (*Seborrhoea capitis*) empfiehlt warm Dr. F. Weitlaner. Er hat den officiellen 10⁰/₀igen Spirit. camphor. als ausgezeichnetes Mittel gegen diese Affection kennen gelernt. Es spielt vielleicht hier die desinficirende und tonisirende Eigenschaft eine Rolle. Man füllt den Spiritus vortheilhaft in eine 200 g Flasche mit Parfumspritzkork aus Britanniametall. Diese Vorrichtung gestattet selbst für Frauen, die Flasche, d. h. die Metallschraube, leicht auf den Haarboden aufzusetzen, womit einerseits die Flüssigkeit, ohne viel an den Haaren zu kleben, direct auf den Haarboden kommt, andererseits kein Tropfen davon überflüssig vergeudet wird. Die Wirkung ist in kürzester Zeit eine eclatante. Der Camphergeruch verschwindet sehr rasch.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie, 15. Nov. 1904.)

— **Zur Behandlung des vorzeitigen Haarausfalls** lässt sich Dr. Edm. Saalfeld (Berlin) aus. Eine grosse Bedeutung kommt der Prophylaxe zu. Schon im Kindesalter ist rationelle Haarpflege nöthig und, wenn sich Schuppenbildung zeigt, die entsprechende Behandlung einzuleiten. Zu häufige Waschungen sind unter normalen Verhältnissen irrationell; auch soll, da die kindliche Kopfhaut gewöhnlich fettarm ist, nach der Waschung Einsalben, am besten mit Olivenöl, erfolgen. Zeigen sich die ersten Anfänge der Schuppenbildung, so ist zuerst zu eruiren, ob die Haare trocken und glanzlos oder übermässig fettig sind;

im ersteren Falle ist Zuführung von Fett indicirt, in letzterem die Fettabsonderung zu beschränken. Dies ist auch der Hauptgrundsatz bei der Behandlung der *A. praematura* beim Erwachsenen. Bei vorhandener Schuppenbildung muss man zunächst für Entfernung derselben, dann für Verhütung ihrer Wiederkehr sorgen. Ersteres geschieht durch Seifenwaschungen; ist die Schuppenbildung durch Seborrhoe bedingt, so ist Schwefelseife am Platz, ist jene mehr durch Abstossung, übermässig verhornter Epidermis hervorgerufen, verdient Theerseife den Vorzug. Bei Mangel an Fett wird die Waschung nur zur Beseitigung der Schuppen und zur Entfernung der angewandten Salben nöthig sein, und dazu eine einmal wöchentliche Seifenwaschung im Allgemeinen genügen. Bei Seborrhoe ist häufigere Seifenwaschung nothwendig, um immer wieder die Schuppen zu entfernen und ebenso event. Salben, deren Benützung allerdings hier sehr zu beschränken ist, um nicht noch mehr Fett anzuspeichern. Bei der eigentlichen Haarcir selbst ist ebenfalls stets vor Allem der Fettgehalt des Haarbodens und der Haare zu berücksichtigen. Handelt es sich um einen Pat., bei dem übermässige Trockenheit mit starker Schuppenbildung besteht, so ist zunächst Entfernung der Schuppen (Theerseife) vorzunehmen, sodann die Trockenheit und übermässige Verhornung zu bekämpfen. Dazu wirkt der Schwefel in schwacher Concentration recht gut; man kann ihm Salicyl als Keratolyticum zusetzen, ausserdem die Wirkung durch Tanninzusatz erhöhen. Autor hat in letzter Zeit 60 Fälle mit einem Tannin-Brom-Präparat Tannobromin behandelt und gefunden, dass dem Mittel ausser seiner Eigenschaft, in schwacher Concentration die Hyperkeratose, in stärkerer die Seborrhoe zu heben, noch die Eigenschaft, juckstillend zu wirken, in hohem Maasse zukommt. Tannobromin, ein bräunliches Pulver, ist die Formaldehydverbindung des Dibromtannins und enthält ca. 30 % Brom. Der Vortheil des Präparates liegt darin, dass es ebenso wie der Schwefel in verschieden starker Concentration für beide geschilderten Arten der *A.* zu benützen ist, dass dem Schwefel gegenüber aber die Löslichkeit in spirituellen Vehikeln in's Gewicht fällt. Wo Verminderung des Fettgehaltes besteht, kommen folgende Salben in Betracht:

Rp. Tannobromin. 1,0
Vaselin. flav. 29,0.

Rp. Tannobromin. 1,0
Lanolin.

- Paraffin. liq. aa 2,0
Fetron. ad 30,0.
- Rp. Tannobromin. 1,0
Balsam. peruv. 2,0
Adip. colli equini ad 30,0.
- Rp. Acid. salicyl. 0,5—0,75
Tannobromin.
Lact. sulfur.
Tinct. canthar. aa 1,0
Adip. benz. recent. par. ad 30,0.
- Rp. Acid. salicyl. 0,5—0,75
Tannobromin.
Lact. sulfur.
Tinct. canthar. aa 1,6
Paraffin. liq. 2,0
Fetron. ad 30,0.
- Rp. Acid. salicyl. 0,5—0,75
Tannobromin.
Thigenol.
Tinct. canthar. aa 1,0
Ol. ros. gtt. I
Medull. oss. bovin. ad 30,0.

Eine dieser Salben wird dreimal in der Woche eingerieben, nachdem die Haare in eine grosse Reihe von Scheiteln zerlegt sind, am besten unter leichter Massage, mit den Fingern. Bei Personen mit hellen Haaren ist Tannobromin oder Thigenol nicht zu gebrauchen, da leicht Verfärbung eintritt; hier sind nur Salicyl und Schwefel am Platze. Der letztere ebenso wie Tannobromin in höherer Concentration erweisen sich auch vortheilhaft bei den Fällen von A. mit übermässiger Fettabsonderung, der Seborrhoea capitis. Bei dunklen Haaren wird man hier das lösliche Schwefelpräparat Thigenol oder das Tannobromin in spirituellen Lösungen anfangs täglich appliciren, nachdem man den Kopf mit Schwefelseife oder alkalischem Seifenspiritus abgewaschen hat:

- Rp. Thigenol. 2,5—5,0
Spirit. ad 100,0.
- Rp. Tannobromin. 2,5—5,0
Spirit. ad 100,0.
- Rp. Tannobromin.
Thigenol. aa 2,5
Spirit. ad 100,0.

In leichteren Fällen von Seborrhoea capitis genügt die Anwendung einer 5⁰/₁₀₀igen Chloralhydratlösung in Wasser und Spiritus zu gleichen Theilen, event. auch:

Rp. Tannobromin. 2,5—5,0
Chloral. hydrat. 5,0
Aq. dest.
Spirit. aa ad 100,0.

Behufs Parfümierung ersetzt man $\frac{1}{3}$ des Spiritus durch Spirit. melissae comp. Die Lösungen ohne Wasser kommen zur Anwendung bei sehr hohem Fettgehalt, die mit Wasser bei geringerem Fettgehalt (von vornherein oder nach der Behandlung). Bei fortschreitender Besserung kann auch die Concentration, sowie die Anzahl der Applicationen und Waschungen vermindert werden. Ist durch die entfettenden Procedures eine gewisse Trockenheit der Kopfhaut und Rauigkeit der Haare eingetreten, so muss man zwischen die Waschungen und Flüssigkeitseinreibungen die Application einer 10⁰/₁₀₀igen Tannobromin- oder Schwefelsalbe einschieben. Letztere kommt auch bei Personen mit hellen Haaren in Betracht. Eine Veranlassung für Seborrhoe bildet nicht selten auch die Chlorose, namentlich bei jungen Mädchen in der Entwicklungsperiode. Hier muss auch eine interne Behandlung Platz greifen: Eisen, Arsen sind zu ordiniren, auch Oophorin, das Autor bei solchen Fällen schätzen gelernt hat.

(Therap. Monatshefte, April 1905.)

Anaemie, Chlorose. Ueber innerliche Darreichung von

Lysol bei Anaemie und seine mächtig den Appetit anregende Wirkung macht Dr. Fr. Burger (Coburg) Mittheilung. Besonders bei Kindern zwischen 2 und 12 Jahren zeigt ein guter Theil der Fälle von Anaemie, wenn sie als Begleiterscheinung der *lymphatisch-scrophulösen Diathese* auftritt, gleichzeitig sehr unregelmässige, schlechte Verdauung und *abnorme Gährungen im Darne*; die Stühle sind meist dünnflüssig, riechen fötid, der Leib stark aufgetrieben. Beseitigt man diese Darmgährung nicht, so beeinflusst die Resorption der Gährungsproducte, weiter das Allgemeinbefinden und die Blutbeschaffenheit, eine Gesundung der Kinder tritt nicht ein. Gegen jene Gährung hat nun Autor mit Erfolg Lysol angewandt und gefunden, dass dasselbe absolut nicht schadet, selbst in den Tagesgaben von 0,75—1 g bei Kindern von 2—4 Jahren, bis zu 2 g bei älteren; die Darmthätigkeit wurde sehr günstig

beeinflusst, die Stühle wurden normal, das Allgemeinbefinden und die Anaemie besserten sich zusehends, vor allem aber regte Lysol den Appetit so mächtig an, dass Autor es bald auch bei blosser Appetitlosigkeit den Kindern und Erwachsenen verordnete, letztere sogar ohne ärztliche Verordnung von der Apotheke die „Fresspillen“ haben wollten. Das Recept lautet:

Rp. Lysol. 5,0
Succ. Liq.
Pulv. Liq. q. s. ut f. pill. No. 50
S. 1—2 stündlich 1 Pille.

Bei stärkeren Durchfällen setze man etwas Extr. Opii hinzu, bei hochgradiger Chlorose bewährt sich eine Combination mit Ferr. reduct. und Magn. usta. Die Pillen riechen und schmecken ja nicht gut, aber mit Energie erreicht man, dass sie genommen werden.

(Münchener med. Wochenschrift 1905, No. 9.)

— **Eine neue Form der Eisendarreichung** empfiehlt Dr. P. Meissner (Berlin). Die Blaud'schen Pillen sind nicht zweckmässig zusammengesetzt. Nach einer Reihe von Versuchen kam Autor in Gemeinschaft mit Dr. Wendt zu dem Resultat, dass die Darstellung auf folgende Weise geschehen müsse. Es werden verrieben:

Ferr. sulfur. sicc. 9,0
Natr. carbonic. sicc. 7,5
Ol. jecor. aselli 12,0 (in wasserfreiem Zustande).

Diese Verreibung wird auf maschinellm Wege in kugelförmige Gelatine kapseln eingeschlossen, so zwar, dass keine Luftblase in der Kapsel vorhanden ist, welche event. eine Oxydation in nicht erwünschter Weise zustande brächte (Verfahren der Berliner Capsules-Fabrik). Jede dieser „*Plenulae Blandii*“ enthält das doppelte Quantum an Eisen wie eine gewöhnliche Blaud'sche Pille. Autor gab Kindern bis zum dritten Lebensjahre dreimal täglich eine Plenula, Erwachsenen dreimal täglich 2—3 Stück. Behandelt wurden 147 Pat. mit Chlorose, darunter 39 Kinder unter 16 Jahren. Die Krankheitserscheinungen schwanden in kurzer Zeit, auch wurde durch die *Plenulae* zugleich event. Obstipation behoben. Autor hat sich in den letzten 3 Jahren überzeugt, dass diese *Plenulae* die bei weitem beste Form eines anorganischen Eisenpräparates darstellen.

Der Preis ist ein mässiger (100 Stück in Originalpackung Mk. 2). Mit gutem Erfolge lässt sich auch damit eine Arsen- oder Phosphoreur verbinden, da sich diese Präparate sehr gut in die Kapseln einschliessen lassen.

(Verein f. innere Medizin in Berlin, 23. I. 1905. — Deutsche med. Wochenschrift 1905, No. 9.)

- **Bromlecithin** haben Dr. P. Bergell (Berlin) und Dr. A. Braunstein (Moskau) bei einer Anzahl von Pat. mit secundären Anaemien (Phthisis incipiens etc.) mit gutem Erfolge angewandt. Die Kranken erhielten dreimal täglich 2 Stück der von der Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation in Berlin hergestellten cacaodragirten Pillen à 0,1 g Bromlecithin.

(Die Therapie der Gegenwart, April 1905.)

Asthma. Zur Therapie des Bronchialasthmas macht

H. Bertram (Pharmakolog. Institut der Universität Berlin) eine interessante Mittheilung über ein amerikanisches, in Deutschland vielfach angewandtes Geheimmittel, mit dem recht gute Erfolge erzielt werden sollen. Auch Autor hatte Gelegenheit, die gute Wirkung dieses Mittels in einem acuten Falle von Bronchialasthma zu sehen und dann seine Zusammensetzung genauer zu prüfen. Es ist eine blaurothe, klare Flüssigkeit, verpackt in Fläschchen mit der Aufschrift: N. Tucker „*Specific for asthma, hay fever and all catarrhal diseases of the respiratory organs*“. Die Anwendung geschieht in der Weise, dass durch einen sinnreich construirten Zerstäubungsapparat das Mittel in Form eines sehr feinen Nebels in die Nase gestäubt wird, um von da durch tiefes Einathmen in die Trachea gebracht zu werden. Die Untersuchung des Geheimmittels ergab nun, dass dasselbe eine wässrige, mit etwas Glycerin versetzte Flüssigkeit darstellt, in welcher auf 100 g 1 g Atropinsulfat, 4 g Natriumnitrit und 0,52 g eines nicht näher zu bestimmenden, aber offenbar unwesentlichen Pflanzenextractes gelöst sind. Das Mittel ist also keineswegs so harmlos, dass man es dem Publikum so ganz ohne genaue Dosirung in die Hand geben dürfte, ausserdem kann man es zu viel geringerem Preise in jeder Apotheke herstellen, indem man verordnet:

Rp. Atropin. sulfur. 0.15
Natr. nitros. 0,6
Glycerin. 2,0
Aq. dest. ad 15,0

M. D. in vitro fusco.

S. In dem Tucker'schen Apparate 3 Minuten lang zu zerstäuben und einzuathmen.

Tucker verlangt für den Apparat und 4 Unzen Medicin 64 Mk., für jede weitere Unze 8 Mk. Nach obiger Vorschrift kostet eine Unze (= 30 g) etwa 1 Mk., und der Apparat wird schon für 6 Mk. verkauft (Burroughs, Wellcome & Co., London).

(Centralblatt f. innere Medicin 1905 No. 5.)

- **Zur therapeutischen Anwendung des Nitroglycerin** ergreift Prof. C. Binz (Bonn) das Wort. Dass Nitroglycerin ein therapeutisch wirksamer Stoff ist, das beweisen die Beobachtungen. Aber die Ordination ist meist eine unrichtige. Die einzige richtige Art, Nitroglycerin zu verordnen, ist die Lösung in Alkohol:

Rp. Nitroglycerin. 0,5
Alcohol. absol. 12,0

M. D. in vitr. patent. fusco.

S. Täglich 1 Tropfen auf Zucker zu nehmen.

Da etwa 40 Tropfen auf 1 g gehen, enthält 1 Tropfen ca. 0,001 g Nitroglycerin. Von dieser Gabe aus kann vorsichtig gestiegen werden, da zu berücksichtigen ist, dass einzelne Personen sehr empfindlich auf Nitroglycerin reagieren. Wem also 0,001 g als Einzelgabe zu hoch ist, der verordne statt 4%iger Lösung 1%ige, etwa 0,2 g auf 19,8 g Alcohol absol. Der Tropfen enthält dann nur 0,00025 g Nitroglycerin. Nie aber sollte man Pastillenform anwenden.

(Die Therapie der Gegenwart, Februar 1905.)

- Ueber **A. cardiale und Angina pectoris** veröffentlicht Prof. Dr. A. Fränkel (Berlin) einen klinischen Vortrag, dem wir folgende therapeutische Angaben entnehmen. Bei *A. cardiale* mit abnormer Steigerung der Arterienspannung (eine solche findet sich bei vielen Fällen von Arteriosklerose) können Blutentziehungen zur Entlastung des Gefäßsystems und zur Verringerung der Ueberfüllung im Pulmonalkreislauf am Platze sein. Am meisten empfehlen sich kleine, dafür öfter zu wiederholende Blutentziehungen, welche schon vor dem Ausbruch eines stärkeren asthmatischen Anfalles dann vorzunehmen sind, wenn die betreffenden

Individuen bereits bei mässiger körperlicher Anstrengung, z. B. beim Gehen auf der Strasse, über zeitweises Beklemmungsgefühl klagen. Eine Anzahl blutiger Schröpfköpfe oder ein kleiner Aderlass von 150—200 ccm genügt. Kommt es zu einem schweren Anfall von Dyspnoe, so besteht die am schnellsten zum Ziele führende Behandlung in Anwendung der eigentlichen Cardiacae: Digitalis, Coffein, Strophanthus, welche eventl. mit Morphiumeinspritzungen zu combiniren sind. Die Darreichung der Cardiacae ist auch in solchen Fällen angezeigt, bei welchen der arterielle Gefässdruck vermehrt ist. Ja, die Erfahrung lehrt, dass Pat. mit relativ stark gespannten Arterien und noch regelmässigem Puls besser auf Digitalis reagiren als solche, deren Herzaction arhythmisch und deren Puls klein und leicht zusammendrückbar ist. Man giebt die Digitalis allein oder besser in Combination mit anderen Herzmitteln, wodurch der Erfolg gesteigert und beschleunigt wird. Autor verschreibt mit Vorliebe:

Rp. Pulv. fol. Digit. 1,5
 Coffein. natr.-benz. 3,0
 Pulv. rad. rhei
 Extr. Gent. aa q. s. ut f. pill. No. 30.

Von diesen Pillen lässt er die ersten fünf Tage 3mal täglich 2, die nächstfolgenden Tage 2mal täglich 2 und dann eventl. nochmals 10 Tage hindurch 2mal täglich 1 Pille nehmen. Ehe Digitalis wirkt, vergeht einige Zeit. Zur momentanen Abhülfe muss man daher die Morphinum-injection zu Hülfe nehmen. Man wende aber gleich 0,01—0,015 an, aber beschränke sich, wenn möglich, auf eine einmalige Injection, am besten Abends. In der Zwischenzeit ziehe man andere Mittel zur Verringerung der Dyspnoe heran. In den letzten Jahren hat Autor öfter die Sauerstoffinhalationen als wirksam befunden; auch Oxaphor (mehrmals täglich 15—20 Tropfen in einem Likörgläschen Ungarwein oder Madeira) schien manchmal die Dyspnoe zu ermässigen. Manche Pat. verhalten sich gegen Morphinum vollständig refractär. Zuweilen half da eine Combination mit Heroin aus:

Rp. Morph. hydrochloric. 0,2
 Heroin. hydrochloric. 0,1
 Aq. dest. 10,0
 S. $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ Spritze zu injiciren.

Andere Male muss man zu Chloralhydrat und ähnlichem greifen, wobei freilich Vorsicht geboten ist; jedenfalls gebe man zunächst höchstens 1 g Chloralhydrat resp. 1,5 g Chloralamid. — Die Behandlung der *Angina pectoris* hat zunächst die Fernhaltung aller derjenigen Schädlichkeiten, welche erfahrungsgemäss die Anfälle zum Vorschein bringen, anzustreben: Gänzlicher Verzicht auf Tabak, nur mässiger Alkoholgenuss, Vermeidung aller Ueberladungen des Magens u. s. w. Als Mittel zur Verhinderung der Wiederkehr der Anfälle ist in erster Linie das Jodnatrium zu nennen, das fast specifischen Einfluss auf das Leiden hat. Autor lässt von einer Solution 10,0 : 150,0 zweimal täglich 1 Theelöffel (= 0,5 pro die) nehmen, nach 3 Wochen eine Pause von 1 Woche machen und dann von neuem beginnen. Daneben lässt er täglich, und zwar nach dem ersten Frühstück 1 mal 0,4 g Theocin. natr.-acet. nehmen. Auch dieses Mittel scheint gleich dem Diuretin, vor dem es jedoch den Vorzug geringerer Belästigung des Magens hat, specifisch zu wirken. Gut wirkt ferner Nitroglycerin, am besten aber in spirituöser Lösung ordinirt:

Rp. Nitroglycerin. 0,05
 Spir. vin. dil. 10,0
 S. 3—4 mal tägl. 4—8 Tropfen
 (= 1—2 mg).

Ist der Anfall ausgebrochen, so applicire man Eisbeutel oder mit Eiswasser gefüllte Herzflaschen. Bei manchen Pat. wirkt besser ein heisser Umschlag. Man versuche dann Aspirin, lasse Aether oder Amylnitrit inhaliren, bei sehr heftigen Schmerzen kann man zur Morphiumpresse greifen. Auch Herzstimulantien (Valeriana, Aether etc.) sind bei mangelhaftem Puls am Platze; die längere Anwendung der Cardiacae erheischt grosse Vorsicht; Autor giebt hier, wenn die Anwendung indicirt ist, dem keine cumulativen Eigenschaften besitzenden Coffein den Vorzug.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905, No. 15.)

Bronchitis. Die medicamentöse Behandlung acuter und chronischer Bronchialkatarrhe ist ein Aufsatz von Dr. Erwin Franck (Berlin) betitelt, in welchem derselbe eine Reihe von Behandlungsmethoden angiebt, die sich ihm bewährt haben. Bei *acutem Erkältungskatarrh* (Schnupfen, starken Reizerscheinungen seitens der Schleimhäute, Fieber etc.) giebt Autor zunächst mit viel heissem Getränk als Schwitz-

mittel 1 g Citrophen. Nach 2—3 Stunden tritt profuser Schweiß ein, die Krankheitserscheinungen gehen zurück. Nun tritt oft quälender Hustenreiz bei mangelndem Auswurf und mässigem Fieber in den Vordergrund. Pat. erhält da flüssig-breiiige Kost, Glühwein, Grog von Rum, Warmbier, und als Medicament:

Rp. Codein. phosphor. 0,2
 Alcohol. 5,0
 Aq. dest. 70,0
 Syr. Alth. 30,0
 M. D. S. 2—3stündl. 1 Esslöffel.

Ist Herzschwäche zu befürchten (ältere Individuen!), so giebt man dazwischen 3—4 mal täglich ein schwaches Digitalisinfus (0,5:150,0). Treten die Erscheinungen seitens des Respirationstractus zurück, machen sich mehr rheumatische Symptome (Kopf- und Gliederschmerz, Neuralgien etc.) von neuem geltend, so verordnet Autor dreistündlich 0,3 Citrophen oder:

Rp. Pyramidon. 1,5
 Aq. dest. 130,0
 Syr. Rub. Id. 15,0
 M. D. S. 2stündl. 1 Esslöffel.

Bei Herzkranken kann man ordiniren:

Rp. Pyramidon. 1,0
 Coffein. natr.-salicyl. 0,5—0,75
 Aq. dest. 100,0
 Syr. Rub. Id. 20,0.

Bei Verschwellungen der Nasenschleimhäute ist zu empfehlen:

Rp. Cocain. mur. 0,25
 Sol. Adrenalin. (1⁰/₁₀₀) 5,0
 Aq. dest. 25,0

M. D. S. Mittels Fränkel'schen Nasenkännchens (Preis: 30 Pf.) mehrmals täglich $\frac{1}{2}$ Theelöffel zu instilliren.

Entwickelt sich eine Rhinitis mit eitrig-schleimiger Absonderung:

Rp. Zinc. sozodolic. 1,5
Cocain. mur. 0,4
Glycerin.
Aq. dest. aa 15,0
D. S. 2—3 mal täglich $\frac{1}{2}$ bis
1 Theelöffel zu instilliren.

Bei Reizzuständen des Kehlkopfs (Brennen, Heiserkeit) helfen Inhalationen mit $1\frac{1}{2}$ —2%iger Kochsalzlösung (die man als Recept verschreibt, da sonst die Pat. zu viel Kochsalz nehmen und sich eher schaden), mehrmals täglich 15—20 Minuten ausgeführt. Zur Inhalation obiger Substanzen ist jetzt sehr bequem zu verwenden der Säger'sche Apparat (bei Otto Gentsch, Magdeburg. Preis: 7,75 Mk.), bei dem die Verdampfung schwerer Oele, wie Ol. Eucalypt., pin. pumil., cupressi, Thymol und Menthol. aa (besonders zu empfehlen) leicht von statten geht. Innere Expectorantien haben nicht viel Zweck; will man sie mal verordnen, so wähle man:

Rp. Decoct. Seneg. 15,0:170,0
Liq. Ammon. anis. 5,0
(s. Tct. Mecon. benz. 5,0—10,0)
Syr. Alth. 25,0
M. D. S. 2 stündl. 1 Esslöffel.

In dieser Weise beseitigt man oft rasch diese acuten Erkrankungen. Nicht selten aber (besonders bei alten Leuten, Herzkranken, Emphysematikern) entwickelt sich der chronische Bronchialkatarrh; oder es ist von vornherein hier ein chronischer Katarrh mit Bronchiektasieen, der von Zeit zu Zeit subacut aufflackert. Hier ist besonders Pulmonarine-thee (Dosen zu 1,50 Mk. und 3 Mk.) nützlich. Bei alten Emphysematikern daneben noch Kochsalzinhalationen und:

Rp. Terpin. hydr. 10,0
Dionin. 0,25
F. pill. No. 100
S. 3 mal täglich 2 Pillen nach dem Essen.

Bei intercurrenten Verschlimmerungen solcher Pat. sei empfohlen:

Rp. Ammon. chlorat.
Acid. benzoic. aa 0,2
Ad. caps. amyl. t. Dos. No. 20
S. 3 mal täglich 1 Stück.

Wer die belebende und expectorirende Wirkung dieser Medication bei älteren Emphysematikern beobachtet hat, wird stets gern wieder auf sie zurückgreifen. Manchmal verordnete Autor auch:

Rp. Creosotal. 10,0

Syr. Cort. aur.

Tct. Cort. aur. aa 10,0

D.S. 3—4 mal täglich 15—30 Tropfen.

Bei öfter wiederkehrenden Erkrankungen des Respirations-tractus muss stets Nasen- und Nasenrachenraum genau untersucht und etwa hier vorhandene Affectionen event. chirurgisch beseitigt werden. (Schluss folgt.)

(Die ärztliche Praxis 1905 No. 67)

Diabetes. Eine in der Praxis leicht ausführbare Reaction

des Diabetes-harns giebt Prof. Dr. Strzyzowski (Lausanne) an und schreibt darüber: „Setzt man zum Zuckerharn 5% officinelles Formalin, so entsteht in vielen Fällen nach 24—48 Stunden eine grün fluorescirende Färbung, die um so intensiver erscheint, je mehr der Harn abnorme Stoffwechselproducte enthält (Aceton, Acetessigsäure, Oxybuttersäure u. s. w.). Während bei Zimmertemperatur die grüne Verfärbung nach 24—48 Stunden zum Vorschein kommt, tritt dieselbe bei höherer Temperatur (50—60°) etwas früher, bei niedrigerer (0—10°) etwas später ein. Zahlreiche Beobachtungen haben mich zu der Annahme geführt, dass das Fehlen dieser Reaction auf die leichte Form des D. mellitus schliessen lässt, während das Vorhandensein derselben von übler Bedeutung ist. Bemerkenswerth erscheint hierbei noch, dass die Ursache der genannten Reaction durchaus nicht auf das Vorhandensein der oben erwähnten abnormen Stoffwechselproducte zurückzuführen ist.“

- Prof. Rabow hatte in letzter Zeit in zwei Fällen Gelegenheit, sich von der Exactheit und prognostischen Bedeutung obiger Reaction zu überzeugen. In dem einen Falle handelte es sich um einen Pat., der bei zweckmässiger Diaet und ruhiger Lebensweise keinen Zucker hatte, und nur bei Diaetfehlern oder Aufregungen ihn bekam. Dies war auch zur Zeit der Fall, der Urin enthielt reichlich Zucker. Es wurde einer Menge von 100 ccm dieses Harns 5 ccm Formaldehyd zugesetzt; derselbe blieb in seiner Farbe unverändert. Im zweiten Falle handelte es sich um eine schwache, mit

schwerem D. behaftete Frau. Hier zeigte der Urin auf Zusatz des Formalins nach 36 Stunden eine grüne, fluorescirende, anhaltende Färbung. Pat. ging einige Tage später im Coma zu Grunde.

(Therap. Monatshefte, Februar 1905.)

- **Zur Behandlung des D. mellitus** ergreift Dr. L. Mohr (II. medicin. Universitätsklinik Berlin) das Wort und empfiehlt für gewisse Fälle warm die v. Noorden'schen *Hafercuren*. Allerdings giebt es bestimmte Indicationen dafür, die freilich nicht leicht abzugrenzen sind. Ueberflüssig, ja event. schädlich ist die Hafercur bei leichten und mittelschweren Fällen; hier kommt man meist mit der Beschränkung der Kohlehydratzufuhr allein aus. Die Domäne der Hafercuren sind die schwersten Fälle, wo die Glykosurie völliger Entziehung der Kohlehydrate trotz und die Acidose eine beunruhigende Höhe erreicht hat. Hier kann man mit der Hafercur kaum schaden, wohl aber oft nützen, indem der Allgemeinzustand sich hebt, drohendes Coma abgewandt wird. Auch dyspeptische Zustände, die in Folge langdauernder, einseitiger Fleisch-Fettdiaet, unter Umständen schwerwiegende Complicationen darstellen, können die Indication für eine Hafercur abgeben; man sieht öfters erfreuliche Besserung jener Symptome. Aber auch die Dosirung und Zusammensetzung der Kostform ist für den Erfolg von Bedeutung. Ausser den Kohlehydraten des Hafers dürfen keine Kohlehydrate in der Kost vorhanden sein. Ausser der Haferkost (Knorr'sches Hafermehl oder Haferflocken) enthalte die Nahrung nur Eiweiss und Fett (Eier, Roborat, Plasmon, Butter). Bezüglich der quantitativen Verhältnisse ist es nicht nöthig, sich an die v. Noorden'sche Vorschrift zu halten, die aus 100 g pflanzlichem Eiweiss, 300 g Hafermehl und 300 g Butter besteht; vielmehr passt man die Nahrungsmenge zweckmässig dem, nach Calorienzahl, leicht zu berechnenden Nahrungsbedarf des Kranken an. Ein 60 kg schwerer Diabetiker z. B., der leichte Arbeit verrichtet, hat ein Nahrungsbedürfniss von $60 \times 40 = 2400$ Calorien. Unter der Annahme, dass dieser Kranke bei kohlehydratfreier Kost etwa 60 g Zucker mit einem Brennwerth von $60 \times 4,1 = 246$ Calorien verliert, müssen ihm 2646 Calorien zur Verfügung stehen, sofern er sein Körpergewicht nicht nur festhalten, sondern noch erhöhen soll. Sein Regime müsste also folgendermaassen zusammengesetzt sein:

100 g Roborat (= 83 g Eiweiss)	= 340 Calorien
200 g Butter	= 1628 „
250 g Hafermehl	= 670 „

Summa: 2638 Calorien.

Die Zubereitung der Kost geschieht in der Weise, dass zu einer Mahlzeit etwa 30—40 g Hafer mit Wasser und etwas Salz längere Zeit aufgekocht und mit etwa der gleichen Menge Butter und Eiweiss versetzt werden; die so hergestellte Suppe oder Grütze wird alle 2—3 Stunden genossen. Die Dauer dieser Behandlung hängt ab von dem Erfolg, den man schon in den ersten Tagen abschätzen kann, und von der Ausdauer des Kranken. Mindestens 2—3 Wochen muss die Cur innegehalten werden, dann wird man zur gewöhnlichen Diabetikerkost übergehen, wobei man jedoch nicht sofort die bisher im Hafermehl verabreichten Kohlenhydrate völlig durch äquivalente Mengen anderer Kohlenhydrate ersetzen wird. Es empfiehlt sich beim Uebergang zu der neuen Kostform geringere Mengen Kohlenhydrate zu verabreichen.

(Medicin. Klinik 1905 No. 16.)

- **Noch eine Mittheilung über Balsam. peruvian.** macht Dr. Unschuld (Neuenahr). Er empfiehlt dieses Mittel zur Behandlung des *Mal perforant der Diabetiker*, das ja eine Crux medicorum ist. Er hat über ein Dutzend solcher Fälle sehr erfolgreich mit Balsam. peruv. behandelt. Das Mittel bietet auch den Vortheil, dass man es pur, in Verdünnungen (mit Spiritus zu Compressen!) und in Salbenform benützen kann; letztere ist für den Diabetiker, der sich Bewegungen machen muss, am angenehmsten.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 13.)

Haemorrhoiden. Zur chirurgischen Behandlung der H.

ergreift Dr. R. Dobbartin (Berlin) das Wort. Die Behandlung der H. sollte, besonders wenn es zu Blutungen aus ihnen gekommen ist, stets eine chirurgische sein. Schmerzen können ja von Entzündungen der Knoten herrühren und sind dann mit Eisblase oder Bleiwasserumschlägen, kleinen Dosen Morphinum und Ricinusöl zu behandeln. Oft aber sind die Ursachen der Schmerzen Fissuren, Rhagaden und proktitisch exulcerirte Schleimhautparthien im Bereich der Knoten. Hier würde eine kräftige Sphincterdehnung in Narkose die (vorwiegend

während und nach der Defaecation unerträglichen) Schmerzen erheblich lindern und oft dauernd beseitigen. Am rathsamsten aber ist auch hier die operative Entfernung der Knoten. Vorbereitung am Operationstag: gründliche Darmentleerung und Wassereinlauf, $\frac{1}{2}$ Stunde vor Beginn der Narkose 15—20 Tropfen Opiumtinctur. Narkose muss tief sein zum Zwecke der *Sphincterdehnung*, die stets vorangehen sollte, weil nichts die inneren Knoten besser hervortreten lässt. Man führt beide Zeigefinger in den After und dehnt ihn durch Auseinanderziehen kräftig. Am besten fasst man nun sofort *alle* zu entfernenden Knoten je einzeln mit einer Pince à crem. oder einem Péan. Jetzt kann man nun verschieden verfahren. Am meisten geübt wird das *Abbrennen mit dem Paquelin*. Man fasst die Knoten am Grunde mit einer Löffelzange (am empfehlenswerthesten die Smith'sche) und klemmt soviel vom Knoten ab, als man entfernen will. Um die angrenzende Schleimhaut vor Verbrennung zu schützen, wird eine angefeuchtete, in der Mitte halb eingeschnittene Compresse unter die Löffelzange geschoben und die Branchen der letzteren dauernd durch Ausdrücken einer nassen Compresse betropft. Am einfachsten trägt man vom Knoten zunächst mit einer Scheere soviel ab, dass nur ein 2—3 mm breiter Kamm oberhalb der Klemmfurche stehen bleibt, und verschorft dann diesen durch Rothgluth. Die Löffelzange ist sehr behutsam abzunehmen, damit der blutstillende Schorf nicht abgerissen wird. Es kommen so wie so schon hierbei genug Nachblutungen vor, so dass nach der Operation geschultes Wartepersonal nöthig ist. Auch kommt es, falls unter dem Schorfe keine prima intentio eintritt, oft zu recht grossen Schleimhautdefecten, die sich sehr langsam überhäuten. Für den praktischen Arzt kommt jedenfalls das *Abbinden* mehr in Betracht. Nach der Sphincterdehnung und dem Fassen der hervortretenden Knoten wird einfach am Grunde derselben um jeden hinter der fassenden Pince ein dünner Seidenfaden herumgeschnürt und fest geknotet (keine äussere Haut mitfassen!). Die Seidenfäden werden lang gelassen, zusammengeknötet und gezählt. Am 5. bis 7. Tage pflegen die mumificirten Knoten abzufallen. In allen Fällen ist es gut, nach der Operation ein sogen. Stopfrohr, d. h. ein mit Jodoformgaze umwickeltes, kleinfingerdickes, nicht zu weiches Gummirohr bis oberhalb des Sphincters (nach Einfettung mit Borsalbe) in den After zu schieben, wodurch die Blähungen weggehen können. 8tägige Bettruhe, flüssige Diaet, Anhalten des Stuhlganges

während der ersten Tage (bei Stuhldrang 10—15 Tropfen Opiumtinctur), am 6. Tage 2 Esslöffel Ricinus. Diese Verfahren erfordern Arbeitsunterbrechung für 8—14 Tage. Eine andere Methode aber kann ambulant, in der Sprechstunde des prakt. Arztes, ohne Narkose, ohne Geschäftsstörung für den Pat. ausgeführt werden: Die *Injection concentrirter Carbolsäure in die Knoten*. Man braucht nur die Pravaz'sche Spritze und eine Lösung von Acid. carbol. liquef., Glycerin. aa. Man bestellt den Pat. nach einer gründlichen Defaecation zu Hause in die Sprechstunde, macht hier einen kleinen Wassereinlauf und lässt denselben sofort herauspressen, wobei alle inneren Knoten heraustreten. Rasch werden nun in jeden 2—5 Tropfen der Lösung (je nach der Grösse) injicirt (bis $\frac{1}{2}$ Dutzend in einer Sitzung, event. nach 8 Tagen wieder andere). Dann Abtupfen mit nassem Tupfer. Im Laufe von 3—4 Wochen tritt starke Schrumpfung ein; wenn nicht, wird die Procedur wiederholt. Meist haben die Pat. keinerlei Beschwerden und können weiter arbeiten. Allerdings eignet sich diese bequeme und einfache Methode am besten für frischere Fälle. In den wenigen Fällen, wo sie nicht zum Ziele führt, und bei alten, schweren Fällen mit Fissuren, Schrunden, Exulcerationen, kommt mehr die Sphincterdehnung und das Abbinden in Betracht.

(Medicin. Klinik, 1905 No. 11.)

Magen- und Darmkatarrhe. Metaphenylendiamin

als Antidiarrhoicum benutzte mit Erfolg Dr. B. Boye (Städt. Krankenanstalt Magdeburg-Sudenburg). Ein chemisch reines Präparat (Metaphenylendiamin. hydrochloric.) wird jetzt von Merck unter dem Namen „*Lentin*“ in den Handel gebracht. Säuglinge und kleine Kinder erhielten 3mal täglich 0,01 g, Erwachsene 3mal täglich 0,1 g, die dazwischen liegenden Altersstufen die entsprechenden Dosen. Das Mittel bewährte sich bei acuten Gastroenteritiden und sonstigen acuten Durchfällen recht gut, wie die Versuche bei 30 Kindern ergaben. Aber auch bei Erwachsenen trat die stopfende Wirkung bei acuten Verdauungsbeschwerden deutlich hervor, während bei chronischen Darmleiden, sowie bei Diarrhoeen der Phthisiker das Mittel versagte. Nach Ordination des Mittels pflegt sich bei den Diarrhoeekranken der Harn dunkelbraun bis braungrün zu färben.

(Centralblatt f. innere Medicin 1905 No. 4.)

— Ueber die **Behandlung der Hyperacidität und der Hypersecretion des Magens** lässt sich Privatdoc. Dr. Albu (Berlin) aus. Was zunächst die *Hyperacidität* betrifft, so kann diese eine rein nervöse Secretionsstörung sein oder Begleiterscheinung der Chlorose oder Vorstadium eines *Ulcus pepticum* oder der Ausdruck einer *Gastritis chronica hyperplastica*. Die Therapie hat natürlich in erster Reihe von der Berücksichtigung des Grundleidens auszugehen. Sodann ist vor allem die *Diaet* zu berücksichtigen. Heut steht die Wissenschaft auf dem Standpunkte, dass bei *Hyperchlorhydrie* eine hauptsächlich vegetabilische *Diaet* am Platze ist, freilich in einer sehr sorgfältig zu wählenden Form. Es müssen nämlich nicht nur alle rohen ungekochten Vegetabilien grundsätzlich ausgeschlossen werden, sondern auch die küchenmässig zubereiteten Gemüse- und Obstsorten dürfen nur in Form fein vertheilter, möglichst durchgeseibter Breie verabreicht werden, welche auch nicht die geringsten Reste von Cellulose aus Hüllen, Schalen und dergl. enthalten. Bei dieser sorgfältigen Form der Zubereitung werden z. B. Hülsenfrüchte von diesen Pat. ausserordentlich gut vertragen. Den Vorzug vor den Breien verdienen noch Suppen, welche eine Verdünnung des übersauren Mageninhalts bewirken. Auch die *Amylaceen* verlieren die gefürchtete Schädlichkeit für solche Kranke, wenn für die Gebäcke u. dgl. nur die feinsten Mehlsorten zur Verwendung kommen, in denen die Kleie sorgfältig entfernt ist. Während sich demnach der Genuss von Grau- und Schrotbrot streng verbietet, werden Weizenbrot, besonders Zwieback, Toastbrot, Cakes, Biscuits u. dgl. von ihnen vorzüglich vertragen. Während blähende Kohlarten, Gurken, Salat, Rettig u. dgl. und rohes Obst ausgeschlossen sind, können Gemüsepürees von Spinat, Blumenkohl, Artischocken, Maronen u. dgl. mehr und durchgeseigte Compots schadlos gereicht werden. Dabei ist natürlich eine Eiweisskost (Fleisch, Fische, Eier, Quark u. dgl.) gleichzeitig wohl gestattet. Nur die fettreichen Fleisch- und Fischsorten (Gans, Schwein, Schinken, Speck, Aal, Lachs, Hering u. a.) sind auszuschliessen. Von allen Fettarten ist nur gute ungesalzene Butter, Milch- und Sahnenfett, sowie Eierfett zu verwerthen. Dem Fett wird sogar von manchen ein besonders günstiger Einfluss auf die *Hyperacidität* zugeschrieben. Von diesen Gesichtspunkten aus ist auch die gute Wirksamkeit reichlicher Oelgaben, 3mal täglich 1 bis 2 Esslöffel feinsten Olivenöls, 1—2 Stunden nach den Hauptmahlzeiten, zu verstehen. Rohrzucker wird nur von

einem Theil der Kranken gut vertragen. Als Getränke sind neben Milch und Sahne auch Cacao und Chocolate zulässig, obwohl hiergegen auch Idiosynkrasieen vorkommen; ein leichter Theeaufguss erweist sich meist als schadlos. Im Allgemeinen sind kleinere Mahlzeiten in häufigen Zwischenräumen zu empfehlen; ferner sollen die Pat. am späten Abend, unmittelbar vor dem Schlafengehen, noch etwas geniessen (z. B. eine Tasse Milch und einige Cakes) und auch event. im Laufe der Nacht, sobald irgendwelche Magenempfindungen sich bemerkbar machen. In schweren und hartnäckigen Fällen nützlich Magenausspülungen, besonders am späten Abend, etwa 3 Stunden nach der letzten Nahrungsaufnahme. An die Magenspülung schliesst man stets vortheilhaft die Eingiessung irgend eines Alkalis in Form eines in Wasser suspendirten Pulvers, am besten Magnes. usta, Natr. bic. aa, oder eines alkalischen Brunnenwassers (z. B. Neuenahrer Sprudels). Am wirksamsten medicamentös ist aber die Verbindung von Alkalien mit der Belladonna:

Rp. Extr. Bellad. 0,3

Bismuth. nitr.

Magnes. ust.

Natr. bicarb. aa 10,0

M. D. S. 3 mal täglich 1 grosse Messerspitze oder $\frac{1}{2}$ abgestrichenen Theelöffel 1—2 Stunden nach den Hauptmahlzeiten.

Sehr bewährt haben sich auch die Bergmann'schen Magenkauphabletten. — Die *Hypersecretion* tritt auf als Complication von Gastrektasie resp. Atonie, oder des Ulcus pepticum oder der Hyperchlorhydrie, oder als selbständige Erkrankung. Auch hier ist das Grundleiden therapeutisch zunächst zu berücksichtigen. Sodann muss die Zufuhr von Getränken und flüssigen Nahrungsmitteln auf das geringste nothwendige Maass beschränkt werden; höchstens sind Milch und Sahne in kleinen Mengen zu gestatten. Es empfiehlt sich Darreichung fester Nahrung nur in möglichst fein vertheilter Breiform, in kleinen Mahlzeiten in 1—2 stündigen Pausen. Die Auswahl der Speisen sei im Allgemeinen ebenso, wie bei Hyperchlorhydrie, die ja stets auch mit Hypersecretion vergesellschaftet ist. Der überschüssige Wassererguss in das Mageninnere lässt sich durch Ausheberungen am späten Abend resp. auf nüchternen Magen leicht beseitigen, und auch Magenausspülungen ver-

dienen Anwendung, wenn für eine sorgfältige Entfernung aller eingegossenen Flüssigkeit gesorgt wird.

(Die Therapie der Gegenwart, April 1905.)

- **Ueber ausgebreiteten Hydrops ohne Albuminurie im Kindesalter** lässt sich Prof. Dr. W. Stoeltzner (Halle a. S.) im Anschluss an einen beobachteten Fall aus. Derartige Zustände kommen einerseits im Anschluss an acute Infectionskrankheiten, andererseits im Anschluss an Magen-darmkatarrhe vor. Zu letzterer Kategorie gehörte dieser Fall. Derselbe betraf ein 13 Monate altes Kind, welches nach einem hartnäckigen Magendarmkatarrh ausgebreitete Hautoedeme, nicht unbeträchtlichen Ascites bekam. Diese schwanden auf eine eingeleitete diätetische Behandlung nach kurzer Zeit, und das Kind konnte bald geheilt entlassen werden. Die Oedeme glichen hier und gleichen auch sonst gewöhnlich in ihrem Auftreten und Aussehen durchaus den Oedemen bei parenchymatöser Nephritis. Es giebt nun bekanntlich auch eine Nephritis ohne Albuminurie. Das Fehlen der Albuminurie in solchen Fällen erklärt sich am einfachsten, wenn man annimmt, dass die erkrankten Stellen der Nieren ihre secretorische Function vollständig eingestellt haben, dass also der Urin, den wir ohne Erfolg auf Eiweiss untersuchen, ausschliesslich von den gesunden Bezirken geliefert wird. In den wenigen Fällen von Hydrops ohne Albuminurie, die bisher zur anatomischen Untersuchung gelangt sind, hat man in der That entzündliche Veränderungen in den Nieren gefunden. Sie bestanden in meist wenig ausgedehnter Nekrose und Abstossung des Epithels der Harncanälchen und in herdweise angeordneter kleinzelliger Infiltration des interstitiellen Bindegewebes. Wenn nun auch diese Veränderungen stets geringe waren, so liegt die Sache doch so, dass ein einwandfreier Fall von ausgebreitetem Hydrops ohne Albuminurie, in dem die Nieren anatomisch völlig frei von entzündlichen Veränderungen gefunden worden wären, wenigstens in der kinderärztlichen Litteratur nicht existirt. Nimmt man noch hinzu, dass es gleiche Erkrankungen sind, die einerseits zur Nephritis mit Albuminurie, andererseits zu Hydrops ohne Albuminurie führen, so muss man daraus den Schluss ziehen, dass beide Affectionen derselben Krankheitsgruppe angehören.

(Verein der Aerzte zu Halle, 8. II. 1905, Medicin. Klinik 1905 No. 19.)

Meningitis. Zur Behandlung der *Meningitis cerebrospinalis epidemica* giebt Dr. B. Kallmeyer (St. Petersburg) auf Grund eigener Erfahrungen folgende Rathschläge:

1. Bei reinen Fällen von *Meningitis cerebrospinalis epidemica* s. *infectiosa* sind Quecksilbereinreibungen, Chinin und andere Antifebrilia, sowie auch der Aderlass unnütz.
2. Blutegel sind nur in wenigen Fällen zulässig.
3. Narcotica subcutan, speciell Morphinum, können erforderlich sein; es ist jedoch besser ohne sie auszukommen.
4. Abführmittel, besonders Calomel, können einmal, bei Beginn der Erkrankung, verordnet werden; bei weiterem Verlauf, falls nöthig, nur Klysmata.
5. Innere, jedoch noch besser subcutane Anwendung von Arsen ist unschädlich und nützlich. Sie muss von dem Moment beginnen, wo die Krankheit erkannt ist. Die Dosen sind beständig zu steigern. Leichtes Fieber gilt nicht als Contraindication.
6. Mit der Verordnung von warmen Bädern (26—28° R) mit Uebergiessungen von 25—26° R muss möglichst früh begonnen werden. Sie werden nach Maassgabe nicht häufiger als einmal täglich wiederholt. Vier Diener stellen sich an die Füsse des Krankenbetts, ergreifen je einen Zipfel des Unterlakens und heben dasselbe mitsammt dem Kranken in das Bad, wo derselbe 8—15 Minuten auf dem Laken schwebend verweilt und dann in derselben Weise zurückgetragen wird.
7. Die Erhaltung der Herzthätigkeit durch Campherinjectionen ist durchaus nothwendig.
8. Auf eine zweckmässige und kräftigende Ernährung des Kranken ist die grösste Aufmerksamkeit zu wenden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 16.)

Pemphigus. Ueber Vioformanwendung bei P. macht Dr.

Alfr. Alexander (Berlin, Krankenhaus der jüd. Gemeinde) Mittheilung und schildert zwei Fälle von schwerem P., wo Vioform sich bestens bewährt und die anderen Mittel an Wirksamkeit sichtlich übertroffen hat. Im ersten Falle wurde zuerst Vioform aufgestreut. Es fand sehr rasche Austrocknung statt, aber unter den Borken kam es zu Eiterung, Pat. bekam Fieber u. s. w. Da begann man

die grossen Substanzverluste, die Verbrennungen glichen, wie letztere zu behandeln, nämlich mit:

Rp. Vioform. 4,0—6,0
Bismuth. subnitr. 9,0
Lanolin. 70,0
Ol. Olivar. ad 100,0

Die grossen Blasen wurden stets vollständig eliminirt, d. h. die abgebobene Epidermis entfernt, nur kleine Bläschen uneröffnet gelassen; Mullstücke, mit der Salbe bestrichen, wurden applicirt, der Verband täglich erneuert. Diese Therapie bewährte sich und wurde im zweiten Falle sofort angewandt, ebenfalls mit Erfolg. Nach der Beobachtung beim zweiten Falle erscheint es angebracht, bei so schweren Fällen die Salbe stärker zu nehmen, und zwar 6 : 100, oder bei der Verwendung der Salbe 4 : 100 erst mit Vioformpulver leicht die Wundfläche zu betupfen, wodurch auch die Salbe besser auf den nässenden Stellen haftet. Sollten die dünnen Borken, welche sich bilden, durch grosse Unruhe des Pat. leicht zerstört werden, so wäre zu rathen, der Salbe eine steifere Consistenz zu geben:

Rp. Vioform. 6,0
Bismuth. subnitr. 9,0
Lanolin.
Vaselin. aa ad 100,0.

Die Salbe bewährte sich auch bei Decubitalgeschwüren, Mal perforant, einfachen und gangraenescirenden Brandwunden. — In beiden Fällen waren auch auf der *Schleimhaut* Pemphigusefflorescenzen. Es wurden da Einblasungen gemacht (Vioform. 1,0 : Bismuth. subnitr. 5,0), die offenen Stellen deckten sich schnell, die Schmerzhaftigkeit des Mundes liess sehr bald nach und ebenso die Schluckbeschwerden.

(Die Therapie der Gegenwart, März 1905.)

Perniones. Ueber Behandlung der Frostbeulen machen

Dr. M. Joseph (Berlin) und Dr. H. Vieth (Ludwigs-hafen) eine Mittheilung. Es giebt ja schon einige ganz wirksame Behandlungsmethoden gegen P., so die Salzwedel'schen Alkoholverbände, die Chlorcalciumsalbe nach Binz (Calcar. chlorat. 1,0 : Ung. Paraffin. 9,0) und Epicarin: Rp. Epicarin. 3,0

Sap. virid. 0,5
Ung. Casein. ad 30,0.

Aber viele Fälle widerstehen dieser Therapie, und es machte sich deshalb nach einem neuen Mittel das Bedürfniss fühlbar. Als solches können nun die Autoren das *Euresol* empfehlen, ein verstärktes Resorcin (das Monoacetylderivat desselben), das leicht in die Haut eindringt und deshalb grosse Tiefenwirkung entfaltet. Das Präparat machte nie Reizerscheinungen. Zweckmässig ist folgende Ordination:

Rp. Euresol.
Eucalyptol.
Ol. Terebinth. \overline{aa} 2,0
Collod. ad 20,0.

Noch empfehlenswerther ist eine *Euresolfrostseife*:

Rp. Euresol.
Eucalyptol.
Ol. Terebinth.
Lanolin. \overline{aa} 2,0
Sap. unguin. 20,0.

Sie wird am besten in Tuben ~~abgegeben~~ ^{abgegeben}. Die Firma Knoll & Co. wird sie in Tuben mit 30 g Inhalt (Mk. 1) liefern. Bei einer beträchtlichen Anzahl von Fällen hat sie sich bereits bestens bewährt.

(Dermatolog. Centralblatt 1905 No. 6.)

Scabies. Dr. Menahem Hodara (Constantinopel) lässt bei S. während einer Woche jeden Abend den ganzen Körper einreiben mit:

Rp. Axung. porc.
Ol. Oliv. \overline{aa} 100,0
Sulf.
 β Naphthol.
Bals. peruv.
Cret. praep. \overline{aa} 20,0.

Das Gefühl von Brennen, das zuweilen an einzelnen Hautstellen durch die Salbe erzeugt wird, schwindet nach Aufpinseln von Olivenöl. Gebadet soll erst nach Schluss der Behandlung werden, wenn jede entzündliche Reizung geschwunden ist. Die Salbe ist auch bei kleinen Kindern zu verwenden, muss aber, je nach dem Alter, mit 100,0 bis 200,0 Ol. Oliv. verdünnt werden. Besteht neben S. auch noch Impetigo, Ekthyma, Folliculitis oder starke

ekzematöse Reizung, so kommt folgende Salbe zur Verwendung:

Rp. Vaseline. 5,0
Lanolin. 15,0
Glycerin. 5,0
Sulfur. 5,0
Sacch. 10,0
Zinc. oxyd. 10,0
Menthol. 0,1.

Damit werden jene Complicationen behandelt, die nur scabiösen Stellen aber gleichzeitig mit der erstgenannten Salbe.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1905 Bd. 40 No. 6.)

Syphilis. Seine Grundsätze der Syphilisbehandlung setzt

Prof. E. v. Düring (Kiel) auseinander. Er wendet sich zunächst gegen die chronisch-intermittirende Methode der Syphilisbehandlung, soweit dieselbe schablonenmässig, kritiklos angewandt wird; ein für alle gültiges Gesetz giebt es hier nicht, es muss scharf individualisirt werden. Bei der äusserlichen oder subcutan-intramusculösen Anwendung des Hg in den ersten Jahren der S. glaubt ja Autor, dass eine chronisch-intermittirende Behandlung dem einzelnen Individuum keinen grossen Schaden bringen kann und in vielen Fällen ganz nützlich ist, weil sie den sonst gleichgültigen Pat. wieder zum Arzt führt. Unheilstiftend wirkt aber die innere Medication des Hg, wenn z. B. die Ricord'schen Pillen auf Jahre hinaus dem Pat. mit gewissen Vorschriften voraus ordinirt werden, wie es Fournier oft thut. Autor hat Fournier'sche Pat. gesehen, die so behandelt waren. Nie hat er schwerere Anaemien, Kachexien, Neurasthenien, ausgedehntere und durch keine specifische Therapie beeinflussbare Erscheinungen der S. beobachtet als bei den chronisch-intermittirend Behandelten. Autor hat aber andererseits auch die Erfahrung gemacht, dass eine chronisch-intermittirende Behandlung in dem strikten Neisser'schen Sinne nicht nöthig ist, um das Maass von Heilung zu erreichen, das wir überhaupt gewährleisten können. In den meisten Fällen kommen wir mit weniger Hg und weniger Curen aus, wenn sonst die richtigen Principien der Behandlung obwalten, wie sie Autor nach seinen reichen Erfahrungen jetzt allgemein befolgen lässt. Zunächst beginnt er die Behandlung fast nie, ehe nicht das Exanthem auf der Haut

oder auf den Schleimhäuten sichtbar geworden ist. Erstens ist die Diagnose, ob luetischer Primäraffect oder nicht, doch in einer grossen Reihe von Fällen selbst bei grosser Erfahrung nicht mit der absoluten Sicherheit zu stellen, wie oft behauptet wird, und zweitens ist gerade der Einfluss der Hg-Behandlung auf das Exanthem ein werthvoller Hinweis auf die individuelle Reaction im einzelnen Falle, und man kann daraus auf die Menge des sowohl bei der ersten Behandlung, wie auch bei Wiederholung der Curen nöthige Hg Schlüsse ziehen. Nur in Fällen, in denen besondere Gründe, ein mächtig sklerosirter oder zerfallender, jauchender Primäraffect, frühzeitig auftretende Allgemeinsymptome, Fieber, Anaemie, rheumatoide Schmerzen es wünschenswerth erscheinen lassen, wird die Behandlung früher begonnen. Besonders in der ambulanten Praxis zieht Autor die Injectionen von 10%iger Suspension von Hg. salycil. in Paraffin. liquid. jeder anderen Methode vor. Sie ist wirksam, die Injectionen sind die wenigst schmerzhaften, Intoxicationserscheinungen selten. Die Zahl der wöchentlich 2mal in halber oder ganzer Dose (je $\frac{1}{2}$ bis 1 Spritze) gegebenen Injectionen richtet sich nach dem Verschwinden der Erscheinungen. Hier wie bei jeder anderen Methode ist die Dosis: bis zum Verschwinden der Erscheinungen, und dann noch einige Spritzen; 12—14 Injectionen ist die Mittelzahl. Grosses Gewicht legt Autor auf Alkoholabstinenz; regelmässige Lebensweise, gute Ernährung, häufige Bewegung in frischer Luft, Bäder, frühes Schlafengehen, Enthaltung von Tabak und Alkohol tragen zum Gelingen der Cur viel bei und verhüten Recidive. In Fällen, bei denen sich die Recidive schnell und hartnäckig folgen, wartet Autor, besonders bei Schleimhauteruptionen, mit dem Wiederbeginn der Cur gern den Erfolg einer localen Therapie ab. Sind die Hg-Curen rasch hintereinander nöthig gewesen, ist die Wirkung des Hg eine ungenügende, so lässt Autor Decoct. Zittmanni forte, 750 g nach der Wiener Formel, 10—12 Flaschen gewärmt früh nüchtern im Bett trinken. Während der Behandlung und auch in der Zwischenzeit müssen die Pat. oft warme Bäder nehmen. Bei Spätsymptomen wendet Autor in den meisten Fällen zunächst nur Jodkali an in Dosen bis zu 3 g pro die, nie über 6 g pro die (wirken diese nicht, so wirken auch höhere Dosen nicht). Bei dieser Behandlung werden sicher keine schlechteren Resultate erzielt, als bei den chronisch-intermittirenden, und die Menge des verabreichten Hg ist eine viel geringere; werthvoll ist es, dass

bei ernsteren Zufällen die Pat. sehr viel prompter die Wirkung des Hg zeigen; als wenn der Organismus mit Hg gesättigt ist. Bei der Entlassung aus der ersten Behandlung wird den Pat. die Wichtigkeit dieser letzteren Punkte nochmals eingeschärft. Sie erhalten ferner Anweisungen, worauf sie zu achten haben und wann sie sich — nach 2 Monaten —, wenn keine Erscheinungen aufgetreten sind, vorzustellen haben. Findet Autor zu dieser Zeit keinerlei Erscheinungen, ist auch das Allgemeinbefinden gut, so entlässt er die Pat. Im dritten oder vierten Monat werden sie auf alle Fälle einer Cur unterzogen. Die Zahl der Injectionen bei den Wiederholungscuren, besonders wenn keine äusserlich sichtbaren Symptome vorhanden sind, richtet sich nach den bei der ersten Behandlung gemachten Erfahrungen, — meist werden nicht über 8 gemacht. Ebenso bei späteren Curen. Es kommen also auf das erste Jahr 2—3 Curen. Im zweiten Jahre verschiebt Autor — bei Recidivfreiheit — die Curen noch mehr; er macht nur 2 und hört dann in vielen Fällen schon ganz auf. Jodkali lässt er, nicht mehr so regelmässig wie früher, in der Zwischenzeit in kleinen Dosen nehmen. Wenn es sich machen lässt, müssen die Pat. im ersten und zweiten Jahre nach einer Cur einen grösseren Urlaub im Gebirge, an der See oder in einem Badeort durchmachen.

(Die Medic. Woche 1905 No. 3.)

- **Zur Behandlung der Psoriasis palmaris et plantaris syphilitica** giebt Dr. R. Fischl (Bad Hall) ein Verfahren an, mit dem er prompten Erfolg erzielt hat bei drei Fällen, die vorher verschiedenen anderen Curen widerstanden hatten. Neben der allgemeinen Cur (z. B. 25 Frictionen à 4 g Hg-Resorbin) folgende locale: Täglich ein Fussbad, so heiss, wie es vertragen wurde (wenigstens 30° R.) durch $\frac{1}{4}$ Stunde lang, darauf sorgfältigstes Abtrocknen der Fusssohlenhaut, darauf mindestens 10 Minuten langes Einreiben von 1 g Hg-Resorbin in die Plantarhaut (bei Affection auch der Hand wurde auch diese gebadet und dann in jede Hand- und Fusssohlenfläche je 0,5 Salbe eingerieben), bis bloss eine feine graue Tönung der Haut zurückblieb; nach dieser Procedur Anlegen eines Strumpfes aus feinem Billrothbattist, der Tag und Nacht getragen wurde. Die heissen localen Bäder bewirkten wohl eine Erweiterung der Gefässe, die intensive Einreibung des Hg auf die blutreiche Haut eine stärkere Aufnahme desselben; die Battisthüllen werden die Verflüchtigung des in Dampfform über-

gegangenen Hg verhindert und so ebenfalls zu einer energischeren Aufnahme desselben in gasförmigem Zustande beigetragen haben, wobei der keratolytischen Komponente der protrahirten heissen Bäder und impermeablen Stoffe gewiss ebenfalls nicht vergessen werden darf.

(Prager med. Wochenschrift 1905 No. 2).

— **Therapeutische Notizen zur Syphilisbehandlung** bringt Dr. A. Lieven (Aachen). Schwere Fälle tertiärer S. nöthigen uns, immer wieder auf das Jod zurückzugreifen, speciell auf das ja am energischsten wirkende Jodkali. Leider tritt allzuhäufig Jodismus auf. Um diesen zu vermeiden, rath Autor zunächst, Jodkali stets nur ganz verdünnt nehmen zu lassen; 1 g Jodkali sollte mindestens $\frac{1}{2}$ Ltr. Flüssigkeit entsprechen. Ausserdem hat Autor als sehr zweckdienlich die gleichzeitige Darreichung von Tinct. Strychni und etwas Eisen gefunden, wie sie Spencer empfohlen hat:

Rp. Kal. jod. 30,0
 Ferr. citr. ammon. 4,0
 Tinct. nuc. vom. 8,0
 Aq. dest. 30,0
 Tinct. chin. ad 120,0
 S. 1 Theelöffel in Wasser zu nehmen
 (1 Theelöffel = 1 g Kal. jod.).

Leider beklagten sich die Pat. über den widerlichen Geschmack der Medicin, die wie Tinte aussieht, riecht und schmeckt. Autor nimmt deshalb statt der Tinct. Strychni Strychnin. nitr. und als Geschmacks corrigens Elaeosacch. Menth.

Rp. Kal. jodat. 30,0
 Ferr. citr. ammon. 4,0
 Strychnin. nitr. 0,02
 Elaeosacch. menth. pip. 5,0
 Aq. flor. Aurant. ad 120,0
 S. Wie oben.

Diese Mixtur ist klar und hell und hält sich lange Zeit. Als milde wirkendes, nicht irritirendes Abführmittel, das man während Quecksilbercuren ja oft benöthigt, hat Autor das *Aachener Trinksalz* kennen gelernt. 1 Theelöffel, morgens nüchtern in heissem Wasser genommen, genügt meist, sonst ist die doppelte Dosis anzuwenden.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 13.)

- **Ueber Ernährungstherapie bei S.** lässt sich Dr. J. Bloch (Berlin) aus. Man kann bei vielen, auch bei im übrigen ganz gesunden Menschen eine sehr ungünstige Reaction gegen den syphilitischen Process und die nachfolgende Mercurialtherapie beobachten, die sich durch Auftreten anaemischer Zustände, starke Abmagerung, Mattigkeit, Appetitlosigkeit, psychische Depression, starke Abnahme des Körpergewichts etc. geltend macht. Gegen diese Folgen kann man erfolgreich ankämpfen, wenn man den Pat. konsequent *Sanatogen* giebt, das sich auch bei allen Schwächezuständen, die mit der sexuellen Sphaere zusammenhängen, bestens bewährt hat. Auch bei obigen Zuständen, bei der Syphilis- und Mercurialkachexie erweist *Sanatogen* sich ausserordentlich nutzbringend und äussert eine sehr schnelle roborirende Wirkung. Autor hat das Präparat seit längerer Zeit in Fällen von S., die theils von Natur schwächliche Individuen betrafen, theils einen ungünstigen Einfluss der Quecksilbercur auf den körperlichen Zustand erkennen liessen, mit promptem Erfolg gegeben. Zweckmässig beginnt man mit der Darreichung des Mittels noch während der Hg-Cur, sobald eine Abnahme des Körpergewichts und eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes beobachtet wird. Die Dosis beträgt 3 mal täglich 2 Theelöffel (event. bis 3 mal täglich 1 Esslöffel ansteigend) des in kaltem Wasser verrührten, durch etwas Salzzusatz schmackhafter gemachten Mittels, und im Ganzen giebt man etwa 400—500 g.

(Medicin. Klinik, 1905 No. 18.)

Ulcus cruris. Zur Behandlung des U. und seiner Ursachen

macht Dr. H. Vörner (Medicin. Poliklinik Leipzig) folgende Mittheilung. Seit zwei Jahren verschreibt er den Pat. zwei dünne, feste, lange elastische Binden. Von diesen wird zunächst die erste von unten nach aufwärts gewickelt, je nach der Ausdehnung der Affection, unter Umständen möglichst tief unten vom Hallux angefangen. Ueber die erste wird die zweite in gleicher Weise gelegt. Der Druck, welchen die Binde ausüben soll, ist Erfahrungssache. Die zweite Binde hat nach oben die erste zu erreichen oder kann etwas über dieselbe hinausgehen. Der Abschluss wird gut abgesteckt oder durch festklebendes Heftpflaster hergestellt. Durch die concentrische Application der elastischen Binden erreicht man bei correctem Anlegen und Abschluss derselben eine ganz bedeutende Festigkeit und Sicherheit der Lage, die auf Tage hinaus Bestand

hat. Die doppelte Binde ist damit den einfachen, welche leicht rutschen, überlegen. Die meisten Pat. lernen sehr bald die Technik, sodass sie den Verband nachts, wo er nicht gebraucht wird, ablegen und während dem auch eine andere Therapie anwenden können. Der Verband ist billig und lässt die Pat. ihr Schuhwerk ruhig benützen. Nun sind manche Pat. zu indolent und träg, um die Vorschriften zu befolgen. Dann ist ein Dauerverband nöthig. Obiges Verfahren lässt sich bequem dazu umgestalten. Man stellt sich einen Leim her von folgender Zusammensetzung: Tragacanth $\frac{1}{2}\%$, Gelatine 10%, Glycerin 5%, Acid. boric. 5%, Natr. boric. 5%, dann bedeckt man die der Haut beraubten Stellen in geeigneter Weise mit Medicamenten und event. mit Verbandstoff, streicht dann den übrigen Unterschenkel mit dem auf 30—40° C. erwärmten Leim an und legt die erste Binde wie oben an; dann tränkt man dieselbe gehörig mit Leim und legt darauf die zweite Binde an. Jetzt verfährt Autor etwas anders. Die erste Binde wird einfach wie beim mobilen Verbande angelegt und nun erst von aussen mit dem Leim getränkt, wobei die Gegend um das Fussgelenk freigelassen wird; darauf wird die zweite Binde wie vorher aufgerollt. Diese Modification hat vor allem den Vorthail, dass die Pat. im Verbande gut gehen können. Der Verband wird sehr schnell fest, ist sehr haltbar und lässt sich leicht abnehmen: man lässt den Unterschenkel in einen Eimer voll warmen Wassers stecken und den Verband sich vollsaugen, worauf die Binden schon nach einer Minute sich bequem abrollen lassen. Der Verband ist sehr billig: 1 Kilo Leim kostet bei Selbstherstellung 70 Pfg., die Binden von 8 cm:5 m 60—70 Pfg., und die Binden sind $\frac{1}{4}$ Jahr und noch länger zu benützen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 8.)

- **Zur ambulanten Behandlung des U.** giebt Dr. P. Loele (Winzig) eine einfache und wirksame Methode an, die er wie folgt beschreibt: „Das Geschwür wird mit Benzin gereinigt, mit Aiol dünn bestreut und mit Protective Silk bedeckt. Nun bedecke ich nicht das Geschwür allein mit Watte, sondern ich wickele Watte in Rollen-(Binden-)Form von 20 cm Breite um das ganze untere Drittel des Unterschenkels einschliesslich der Knöchel und des Geschwüres, welches ja fast immer im unteren Drittel sitzt, ab, und zwar kurz vor dem Geschwür beginnend, über das Geschwür hinweg um den Schenkel herum, wieder über das Geschwür hinweg

und hinter dem Geschwüre endigend. Nässt das Geschwür stark, dann wickele ich auch noch ein-, ja auch zweimal mehr herum. Nun binde ich den so beschickten Unterschenkel sogleich mit der Tricotschlauchbinde ein, und zwar beginne ich mit 3 Achtertouren um das Fussgelenk mit Freilassung der Ferse und des vorderen Fusses. Ende des Verbandes ebenfalls knapp unter dem Kniegelenk. Durch das Aufwickeln der Watte wird die Gestalt des Unterschenkels mehr eine cylindrische, die Tricotbinde wickelt sich sehr gleichmässig und bequem darüber ab und hält in Folge dessen besser. Diese Verbände halten, falls nur die Binde mit der nöthigen Straffheit angezogen wird, genügend lange. Verbandwechsel macht sich nöthig, wenn sich beim Kranken wieder lebhaftere Schmerzen einstellen. Rutscht der Verband, so ist er eben nicht fest genug angelegt. Als Beispiel für die Leistungsfähigkeit eines solchen Verbandes führe ich einen Steinträger an, der täglich die Bausteine auf dem Rücken auf einen Neubau trug. Dessen thalergrosses Geschwür heilte mit 5—6 Verbänden in 6 Wochen, ohne dass der Kranke seine Arbeit aufgab. — Diese Methode dürfte wohl niemals Schaden stiften, sie ist einfach und billig. Die Verbände lassen sich in ganz kurzer Zeit in der Sprechstunde anlegen. Hauptbedingung ist, dass bis zur Heilung des Geschwürs der Arzt den Verband selbst anlegt. Denn in der richtigen Anlegung des Verbandes besteht die ganze Kunst des Arztes. Die Binde wird vom Kranken immer zu locker angelegt, hilft also nichts. Ist das Geschwür geheilt, so ist dem Kranken in der eindringlichsten Weise der weitere Gebrauch der Tricotbinde anzurathen. Nur dadurch kann er ein Recidiv verhindern, nicht aber bedingt ein in einem Krankenhause gründlich geheiltes Geschwür einen Dauererfolg in den meisten Fällen, es sei denn, der Kranke wird, mit dem richtigen Gebrauche der Binde vertraut, entlassen.“

(Die Therapie der Gegenwart, April 1905.)

- **Die Behandlung der Unterschenkelgeschwüre mit Crurin** kann Dr. M. Joseph (Berlin) auf Grund seiner nunmehr 5jährigen Erfahrungen mit dem Mittel von neuem warm empfehlen, da es ungemein rasch die Granulationsbildung und Epidermisirung anregt. Da sich sonst manchmal erheblichere Schmerzen einstellen, wendet Autor Crurin zunächst stark verdünnt an (5,0—10,0 : Amyl. 100,0), steigt dann allmählich bis zu Crurin, Amyl. aa. Das Pulver wird 2 mal täglich aufgestreut.

(Dermatolog. Centralblatt 1905 No. 7.)

- **Balsamum peruvianum** hat Dr. C. Frank (München) bei einem Falle von U. zur Anwendung gebracht, der seit Jahren allen Behandlungsmethoden getrotzt hatte. Bals. peruv. brachte sehr bald an dem bisher torpiden Geschwür Granulationen hervor, und das U. verheilte.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 16.)

Ulcus molle. Zur Therapie des U. empfiehlt Dr. K. Jooss

(München) als einzig richtige Behandlung den *feuchtwarmen Verband*, der ja sonst allgemein bei inficirten Wunden in Gebrauch ist und auch bei solchen am Penis das rationellste ist. Die Wärme begünstigt die Blutcirculation, die Feuchtigkeit lässt die heraussickernde Lymphe nicht zur Gerinnung kommen und hält so die Gewebelumina im Ulcus offen. Der reinigende Lymphstrom aus dem Innern des inficirten Gewebes kann in Folge dessen leicht von innen nach aussen in den Verband fliessen. Ein Verband am Penis ist nun schwer anzulegen. Wenn der Pat. ein langes Praeputium hat, so genügt ein mit Borlösung getränkter Bausch Watte, den man zwischen Eichel und Vorhaut legt und mindestens 4mal am Tage erneuert. Hat Pat. aber nur eine kurze oder gar keine Vorhaut oder ist der Sitz des U. an einer Stelle, die sich durch die Vorhaut nicht decken lässt, so muss man seine Zuflucht zu impermeablen Stoffen nehmen. Autor verwendet hier ein *Condom*. Dieser Verband hat sich bisher in 32 schweren Fällen vorzüglich bewährt, und ist unter ihm nie ein Bubo entstanden. Damit die Harnröhre nicht verlegt wird, ist es nothwendig, in die Spitze des Condoms einen kleinen ovalen Ausschnitt zu machen, damit der Pat. unbehindert uriniren kann. Um ein Verrutschen zu verhindern, thut man gut, das Condom an der Wurzel des Gliedes durch ein paar Bindentouren zu fixiren. Man kann diesen Verband auch bei eiternden Circumcisionswunden, bei Balanitis, nach Exstirpation von spitzen Condylomen mit günstigem Erfolg, und was Vermeidung von Lymphadenitis anbelangt, mit absolut sicherem Erfolg verwenden. Man halte sich verschiedene Grössen von Condoms auf Vorrath, wähle dann ein nicht zu grosses, damit es nicht trotz der Bindentouren abrutscht. Bei starker Eiterung ist der Verband täglich zu erneuern, wobei nicht immer ein neues Condom nöthig ist. Bei nicht sehr starker Eiterung kann der Verband zwei Tage liegen bleiben. Hat sich das U. gereinigt, so dass man die rothen, leicht blutenden Granulationen

vor sich hat, so genügt ein einfacher, trockener, antiseptischer Verband. Es ist praktisch, die Theile dieses Verbandes, welche der Harnröhrenmündung am nächsten sind, mit einer Salbe aussen zu bestreichen. Der Verband saugt die Fettmasse auf, und etwa darüberfließender Urin kann den Verbandstoff nicht benetzen, der sich sonst bald voll Urin saugt. Recapitulirend giebt also Autor folgende Vorschriften: Für leichte und mittlere Fälle (wenn sie unter der Vorhaut sitzen) Wattebäuschchen, getränkt mit Borlösung; an anderen Stellen, die also mit der Vorhaut nicht bedeckt werden können, ein antiseptisches Pulver, so lange die Lymphdrüsen nicht afficirt sind. Bei schweren Fällen oder bei mittleren, in welchen die Lymphdrüsen in Mitleidenschaft gezogen werden, feuchter Verband, nachdem man event. die Wunde mit Jodoform oder einem Ersatzmittel bestreut hat, und zum Abschluss desselben das Gummicondom.

(Monatsschrift f. Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene 1904 No. 10/11.)

- **Therapeutische Versuche mit Isoform** hat Dr. Weik (Dermatolog. Klinik in Breslau) angestellt. Heile kam auf Grund zahlreicher experimenteller und klinischer Erfahrungen zu dem Schluss, dass „Isoform (Parajodanisol) ein Sauerstoffträger ist, der überall da, wo er mit bakterienhaltigem Material zusammentrifft, activen Sauerstoff abgiebt und hierdurch, sei es direct oder indirect, stark baktericid wirkt“; nach seinen Erfahrungen ist Isoform ein wirksameres Antisepticum als die bisherigen, insofern als es seine Wirksamkeit auch in stark eiweisshaltigen Medien entfaltet; ferner erwies sich Isoform als ungiftig. Weik wandte Isoform zunächst bei U. an, als 50%iges Streupulver, event. mit Talcum oder phosphorsaurem Kalk auf 10% verdünnt, ferner als 50%ige Glycerinpaste und 10%ige Vaseline oder als 3—10%ige Gaze. Es wurden 18 Fälle von U. damit behandelt, theils uncomplicirt, theils mit Bubo inguinalis zusammen, ferner einige Fälle, wo auch die Bubonen, weil bereits chancrös, mit Isoform behandelt wurden. Das U. reinigte sich meist schon nach 1—2 Tagen; es bildete sich eine glatte Wundfläche und in kürzester Zeit, in einem Fall in 4 Tagen, war bereits Vernarbung eingetreten. Bei 3 Fällen von erweichten Bubonen wurde nach vorheriger Punction und Aspiration des Eiters 10%ige Isoformvaseline injicirt. Einer davon verheilte in 12 Tagen vollständig. Bei den beiden anderen war der Erfolg kein so auffallender, doch war auch hier die schnell eintretende reinigende Wirkung des Isoforms als Pulver oder Gaze

in zerklüfteten Bubonenhöhlen zu constatiren. Schon nach 24 Stunden ist die Wundhöhle fast complet gereinigt und haben sich gute Granulationen gebildet. Bei U. versagt das Mittel freilich auch in gewissen Fällen. Das Ulcus molle-Virus hat die Neigung, in feinen Spalten in die Tiefe zu dringen. Das blosse Aufstreuen eines unlöslichen Pulvers kann da nicht immer genügen, und bei kleinen folliculären Geschwüren und feinen Gängen im Frenulum konnte, weil das Isoform nicht in die feinen Spalten gelangte, Auscheidung nicht erzielt werden. Auch bei einem breiten, offenen U. molle und einer chancrösen Bubowunde muss man darauf bedacht sein, das Isoform möglichst unter die überhängenden Ränder und in die Spalten hineinzustopfen, wozu man sich am besten eines conisch endigenden Glas- oder Holzstäbchens bedient. Wurde unter Isoformbehandlung nicht rasch genug Heilung erzielt, so wurde mit Carbolsäure geätzt. Wenn das Mittel seine baktericide oder nekrotisirende Wirkung, d. h. die Reinigung der Geschwürsfläche erzielt hat, wird es am besten durch ein indifferentes Mittel ersetzt, da sonst auf den frischen Granulationsflächen eine ätzende Wirkung sich äussert. Auch bei anderen Geschwüren bewährte sich Isoform: bei varicösen, luetischen, lupösen. Vor Jodoform habe es den Vorzug, geruchlos und ungiftig zu sein, auch ist die Behandlung damit schmerzlos. Auch bei *Psoriasis vulgaris* leistete 10%ige Vaseline und 5—10%iges Pflaster gute Dienste; besonders zu empfehlen ist es, da es die Haut nicht verfärbt, für Psoriasis im Gesicht.

(Medicinische Blätter 1905 Nr. 19.)

Unguis incarnatus. Ueber die **Behandlung des eingewachsenen Nagels** giebt Dr. M. Cohn (Berlin) folgende Vorschriften: Das Operationsfeld wird in peinlichster Weise gereinigt. Am besten wird die Vorbereitung mit mehreren warmen Seifenbädern des ganzen Fusses eingeleitet, wobei eine gründliche Entfernung des vorstehenden Nagelrandes und eine ausgiebige Säuberung der Nägel selbst ausgeführt wird. Nach der üblichen Desinfection mit Aether, Alkohol und Sublimat schreitet man zur örtlichen Anaesthesirung, wobei das Oberst'sche und Braun'sche Verfahren zu empfehlen sind. Was die Operation selbst betrifft, heisst es: „Der Patient liegt auf einem Tisch resp. einem Sopha. In letzterem Falle wird der Fuss, an dem operirt werden soll, auf einem Stuhl

gelagert, der mit einem sterilen Handtuch bedeckt ist. Der Operateur sitzt oder steht vor dem Patienten. Die gerade Scheere wird flach unter das Nagelbett gestossen und bis an das obere Ende des Nagels vorgeschoben. Sodann wird die Scheere aufgestellt und der Nagel durchgeschnitten. Eine Péanklemme fasst die Nagelhälften an der Schnittfläche und rollt sie nach aussen auf. Nach dieser Procedur wird die Matrix des Nagels, das Nagelbett, mit einem Scalpell allseitig umschnitten, wobei man sich mindestens 3 mm vom Falz entfernt zu halten hat. Der Schnitt wird soweit vertieft, dass man, von einer oberen Ecke anfangend, das ganze Nagelbett in einem Stück herauspräpariren kann. Man achte ja darauf, dass in den Ecken nichts zurückbleibt; denn sonst bildet sich mit unfehlbarer Sicherheit ein Recidiv aus, das zu neuen Schmerzen und neuen Operationen Veranlassung giebt. Der Defect, der durch die Operation entsteht, ist ein ziemlich bedeutender: die Nagelphalanx ist an ihrer Oberfläche fast bis auf den Knochen von Weichtheilen entblösst. Und doch tritt die Ueberhäutung in kurzer Zeit ein. Die Wunde wird mit steriler Gaze austamponirt und trocken verbunden; der erste Verband sei fest und etwas umfangreich, da er sonst leicht durchblutet. Die Nachbehandlung ist einfach. Bettruhe ist unnöthig. Dagegen empfiehlt es sich, den operirten Fuss auf einem Sopha erhöht zu lagern und mit einem bequemen Filzschuh zu bekleiden. Der erste Verbandwechsel erfolgt, wenn die zweimal täglich vorzunehmende Temperaturmessung nach etwa 5 Tagen nicht Fieber ergiebt. Da die Verbandstoffe infolge der Durchtränkung mit Blut und Secret fest an der Wundfläche haften, so empfiehlt es sich, diese durch Aufträufeln von Wasserstoffsuperoxyd (3 Proc.) zu lockern: man kann auf diese Weise den Verbandwechsel schmerzlos und ohne jeden Blutverlust gestalten. Beim zweiten Verband wird nicht mehr tamponirt, sondern nur lose aufgelegt. Acht Tage nach der Operation beginnt man mit Bädern und Salbenverbänden. Nach 2—3 Wochen ist die Heilung vollendet. Ist die Entzündung nur auf eine Hälfte des Nagelfalzes beschränkt, so gestaltet sich die Operation entsprechend einfacher. Man exstirpirt dann nur auf der einen Seite das Nagelbett, nachdem man den zugehörigen Teil des Nagels extrahirt hat. Je nachdem der Entzündungsprocess vorgeschritten ist, entfernt man weniger oder mehr als die Hälfte des Nagels.

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1905 No. 8.)

Vermischtes.

- **Ueber paroxysmale Tachycardie als Unfallkrankheit** lässt sich Dr. Robert Schlüter (Medic. Klinik Rostock) aus und theilt einen diesbezüglichen Fall mit. Der 35 jährige, bis dahin gesunde Mann erlitt 1902 einen Unfall. Er ritt das Sattelpferd vor einem schweren Heuwagen, fiel herunter, blieb mit dem linken Fusse im Steigbügel hängen, wurde so noch etwa 10 m mit fortgeschleift und kam dann direct vor den Wagen zu liegen, der ihm dann über die Brust weg fuhr. Er verlor das Bewusstsein, kam aber nach einigen Minuten wieder zu sich. Er hatte starke Schmerzen im Brustkorbe, wies auch Abschürfungen und Sugillationen daselbst auf. Allmählich entwickelte sich dann die Tachycardie, die anfallsweise auftrat. Auch Autor beobachtete einen solchen Anfall; es war ein typischer Anfall von paroxysmaler Tachycardie mit starker acuter Dilatation des Herzens, das am Ende des Anfalls allmählich zur normalen Grösse zurückkehrte. Die Tachycardie war hier offenbar Folge eines aufregenden Betriebsunfalls mit Compression des Brustkorbes. Es könnten da 3 Momente ursächlich in Frage kommen: die starke Aufregung, die directe Compression des Brustkorbes resp. des Herzens durch den überfahrenden Wagen, die allgemeine Anstrengung ausgedehnter Muskelgebiete bei dem Unfalle. Dem ersten, psychischen Momente ist hier wohl kaum eine aetiologische Bedeutung beizumessen. Dagegen werden wir auf das zweite Moment den grössten Werth legen müssen, das sich im Ganzen hier auch mit dem dritten deckt. Brustquetschungen können, wie sicher feststeht, anatomische Laesionen des Herzmuskels herbeiführen (Einrisse, Blutungen). Ob auch das, was wir „Myocarditis“ nennen, hierhin gehört, das ist noch nicht stricte bewiesen. Dagegen dürfen wir als sicher annehmen, dass Verschlimmerung bereits bestehender Herzmuskelerkrankungen durch Brustquetschung vorkommt. Da starke Anstrengungen zu acuter Dilatation des Herzens führen können, so könnte nach Stern auch eine heftige Brustquetschung die gleiche Wirkung haben.

Auch Autor glaubt obigen Fall mit den durch Anstrengung entstandenen acuten Dilatationen, nicht mit anatomischer Herzverletzung oder Myocarditis, in Parallele stellen zu müssen. Sicher ist, dass der ganze Unfall, wobei Pat., im Steigbügel hängend, minutenlang am Boden schleifte unter fortwährendem angestregten Bemühen, sich aufzurichten und mit dem Fusse aus dem Steigbügel zu kommen, und wobei er dem über ihn fahrenden Wagen sicherlich möglichsten Widerstand entgegensetzte, mit hochgradiger Anstrengung verbunden war. In den meisten Fällen von acuter Ueberanstrengung des Herzens handelt es sich nun um acute Herzerweiterungen, die bei gesunden Menschen gewöhnlich in der Erholung wieder zurückgehen. In einigen Fällen blieb dauernde Herzschwäche bestehen, und dann blieb fraglich, ob nicht lediglich eine schon länger bestehende Herzkrankheit durch die acute Ueberanstrengung zum Auftreten schwerer Symptome verschlimmert war. Dass dies bei obigem Pat. der Fall war, ist recht unwahrscheinlich, da Pat. immer ein sehr rüstiger Arbeiter war, und auch jetzt noch in den Intervallen zwischen den Anfällen ausser leichter Ermüdbarkeit absolut keine pathologischen Symptome bestehen. Die ersten Herzerscheinungen traten auf, als Pat., der nach dem Unfall mehrere Wochen ruhig zu Bett lag, wieder umherging und sich wieder Anstrengungen zumuthete; sie bestanden in Herzklopfen und abnormer Ermüdbarkeit. Nach stärkeren Anstrengungen kam es dann zu den eigentlichen Anfällen von paroxysmaler Tachycardie mit acuter Herzüberdehnung. Auch abgesehen von den Anfällen zeigte sich die leichte Ermüdbarkeit des Herzens z. B. bei Bewegungsübungen. Die Frage des causalen Zusammenhanges mit dem Unfalle musste bejaht werden. Bis zu dem Unfalle war der Mann gesund gewesen; der Unfall selbst war seiner Art nach gerade geeignet, eine Schädigung des Herzmuskels, anatomisch oder functionell, herbeizuführen; ein anderweitiges veranlassendes Moment für die Erkrankung war nicht zu finden; die ersten Herzsymptome zeigten sich sehr bald nach dem Unfalle, als Pat. wieder die ersten Anstrengungen wagte. Schon frühere Beobachtungen haben gezeigt, dass die einmal durch eine schwere Ueberanstrengung erworbene acute Herzüberdehnung mit enormer Pulsbeschleunigung von da ab öfter anfallsweise wiederkehren kann, ohne dass neue Anstrengungen in gleicher Stärke wie die erste gemacht zu werden brauchen. Auch in obigem Falle war es so, dass, bei der einmal durch den Unfall geschaffenen

krankhaften Neigung des Herzmuskels zu acuten Ueberdehnungen, der krankhafte Vorgang sich nunmehr oft wiederholte, indem geringe Anlässe schon dazu genügten. Patient bekam 80 $\frac{0}{10}$ Rente.

(Medicin. Klinik 1905 No. 15.)

— **Therapeutische Notizen über einige neuere Heilmittel** publicirt Dr. A. Rahn (Collm). Wir heben aus dem Artikel Folgendes hervor: *Citarin* hat sich bei *Gicht* bestens bewährt und geradezu als Specificum gezeigt. *Helmitol* that als *Harnantisepticum* recht gute Dienste und klärte den Urin meist sehr bald auf; es wurde bei Cystitis, Gonorrhoe, Scharlachnephritis etc. angewandt. *Mesotan* wurde mit Erfolg bei *rheumatischen* Affectionen benützt. Dabei sind folgende Vorsichtsmaassregeln zu beobachten: Man trage die Mischung von Mesotan und Oleum Olivar. aa nur mit einem kleinen Haarpinsel auf, pinsele nie grosse Hautflächen auf einmal (höchstens $\frac{1}{2}$ —1 Theelöffel der Mischung auf eine höchstens octavbuchgrosse Hautfläche), nehme die einmal gepinselte Stelle erst wieder nach 3—4 Tagen vor, bedecke die gepinselte Stelle nicht oder mit gefensterter Stoff. Autor reibt die Haut erst mittels Watte mit 3 $\frac{0}{10}$ igem Aspirinspiritus ab und pinsele erst dann mit Mesotan, und zwar giesst er das nöthige Quantum erst in ein kleines Gefäss und taucht den kleinen Haarpinsel dort hinein, damit der Vorrath im Fläschchen unangetastet bleibt. Auch bei Nasen- und Gesichtserysipel zeigt jene Mesotanmischung hervorragende, geradezu abortive Wirkung, alle paar Stunden aufgepinsele. *Aspirinspiritus* bewährte sich bei Prurigo der kleinen Kinder, bei trockener, juckender Haut nach acuten Exanthemen, nach Ekzem, Scabies und nach vielem Schwitzen (Rhachitis). Der 3 $\frac{0}{10}$ ige Aspirinspiritus, einfach mit rectificirtem Spiritus hergestellt, ist lange Zeit haltbar, bringt die Ursache des Kratzens, Schlaflosigkeit und Unruhe der Kinder zum Schwinden und hat den Vortheil vor Salben und ähnlichen Mitteln, dass er die Wäsche nicht beschmutzt. Bei localen nervösen Beschwerden, z. B. Rachenkitzel oder Hustenreiz in Folge Katarrhs der oberen Luftwege, wendet Autor *Validol* an (auf 1 Stück Zucker 4—5 Tropfen). Gerade bei den Reizzuständen des Rachens, die oft unerträglich sind, z. B. in Folge von Influenza, Tuberculose, Lues, nach Mandelentzündungen etc. ist Validol in dieser Form als Linderungs- und Lösungsmittel unersetzlich.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1905 No. 10.)

- Bei **Hordeolum** empfiehlt Michailowsky Einreibungen mit:

Rp. Ol. Eucalypt. globul. rectific. 4,0
Lanolin. puriss.
Vaselin. flav. aa 7,5
M. f. ung.

(Russische med. Rundschau 4, 1904. — Therap. Monatshefte, März 1905.)

- Eine **Alkohol-Silber-Salbe** wurde auf Veranlassung von Dr. A. Loewe (Dresden) von der Fabrik Eug. Dieterich (Helfenberg) hergestellt. Die $\frac{1}{2}\%$ Collargol, 70% eines 96% igen Spiritus, Natronseife, Wachs und Glycerin enthaltende Seife besitzt braune Farbe und geschmeidige, salbenartige Consistenz. Da sie der Verdunstung ausgesetzt ist, wird sie in festverschlossenen Porzellankruken in den Handel gebracht. Verschlossen und nicht zu warm aufbewahrt, ist sie anscheinend jahrelang haltbar. Der Preis ist mässig (25 g Mk. 1.—, 50 g Mk. 1,25), die Anwendung eine einfache. Man streicht sie auf die gereinigte Hautfläche mittels Spatels oder Löffelstieles messerrücken-dick gleichmässig auf und bedeckt sie etwa mit einer 2fachen Schicht Leinwand oder 4fachen Schicht Verbandmull oder dünnen Lage Verbandwatte, oder man streicht sie direct auf den Mull auf und applicirt den Salbenfleck. Darüber Gummipapier, eine dünne Watteschicht, Mullbinde. Erneuerung des Verbandes 1—2mal täglich; beim Verbandwechsel wird die erkrankte Stelle gebadet oder mit warmem Wasser abgewaschen. Die Seife vereinigt die Vorzüge des Alkohols und des löslichen Silbers; der erstere ruft durch seinen Reiz auf die Gewebe Hyperaemie hervor und macht dieselben besonders geeignet zur Aufnahme des reizlosen und ungiftigen, aber antiseptisch wirkenden Collargols. Sie wirkt vor allem schmerzstillend und beruhigend. In leichten Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes verlieren sich entzündliche Röthung und Schwellung meist schon nach 1—2 Tagen, und es tritt Heilung ein. Bei schwereren, z. B. Phlegmone, kommt es theils zu allmählichem Zurückgehen der Erscheinungen, theils zu raschem Zerfall des Gewebes und zur baldigen Bildung einer Eiterhöhle, und nach Abstossung des zerfallenen Gewebes stellt sich auffallend rasch kräftige Granulationsbildung ein. Beim Auflegen der Salbe auf frische Wunden, Granulationsflächen oder Geschwüre weder Schmerz, noch Verätzung. Ueberhaupt wurden üble Nebenwirkungen

nie gesehen. Von den Affectionen, bei denen der Erfolg besonders günstig war, nennt Loewe:

1. Circulationsanomalieen der Haut; die durch die Kälte hervorgerufenen Stauungshyperaemieen, z. B. die Perniosis der Ohren, Hände und Füße, besonders die schmerzhaften „Frostbeulen“.

2. Ernährungsstörungen, wie Congelationen, welche mit Oedem und Blasenbildung einhergehen; Ulcera cruris; Decubitus.

3. Traumen: Schwellungen der Weichtheile nach Contusionen; Sugillate; Schwellungen der Gelenke nach Distorsionen; Verbrennungen ersten und zweiten Grades.

4. Nicht infectiöse Entzündungen, wie Tendovaginitis, präpatellare Bursitis, Phlebitis, chronische Ekzeme, besonders solcher, die mit starkem Juckreiz einhergehen.

5. Infectiöse Entzündungen: inficirte Wunden; Paronychieen; Panaritien; Abscesse; Phlegmonen; Furunkel; Lymphangitis; Lymphadenitis; Bubo und Epididymitis.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1905 No. 9.)

— **Ueber den Gebrauch der haltbaren Borsäure-Aluminium-acetatlösung** giebt K. Ludwig (Medicin. Universitäts-poliklinik Leipzig) weitere Vorschriften. Vörner hat im vorigen Jahre darauf aufmerksam gemacht, dass die Lösungen von essigsaurer Thonerde dadurch haltbar gemacht werden, dass man sie mit 3% Acid. boric. versetzt. Will man grössere Mengen herstellen, so ist also zu ordiniren:

Rp. Acid. boric. 30,0
Liq. Alumin. acet. 100,0
Aq. dest. ad 1000,0
oder:

Rp. Liq. Alumin. acet. 100,0
Sol. Acid. boric. (3%) 900,0.

Dies Verbandwasser findet zweckmässige Verwendung z. B. bei *Ekzemen*, *Dermatitiden*, *Phlebitis* u. s. w. Auch bei *Gonorrhoe* hat Autor diese Combination nach der Silberbehandlung statt der üblichen Zinklösung mit Erfolg angewandt, zunächst eine schwächere Lösung:

Rp. Acid. boric. 3,0
Liq. Alum. acet. 10,0
Aq. dest. 190,0.

Später wurde der Gehalt an Acid. boric. auf 5—8, der an Liq. Alum. acet. bis auf 20,0 gesteigert. Bei *Oelver-*

bänden zersetzt sich oft das Oel, es entwickelt sich unangenehmer Geruch. Das ist zu verhindern, wenn man dazu verwendet:

Rp. Acid. boric. 3,0
Liq. Alum. acet. 10,0
Aq. Calc. 40,0
Vasenol. liq. 50,0.

Diese Mischung bewährte sich bei Verbrennungen, bei verschiedenen krustösen Processen, namentlich des behaarten Kopfes, zur Erweichung der Borken. Noch häufiger wurde dabei Aq. Calc. weggelassen und durch Aq. dest. ersetzt. Auch bei *Pedic. capit.* und *Phthiriasis pubis* fand diese Mischung Verwendung: der Kopf wurde mit der rahmigen Flüssigkeit eingesalbt, dann eine Flanellkappe darüber befestigt und die Procedur 2—3 Tage früh und Abends wiederholt.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 14.)

- **Schwarze Binden** für gewisse Fälle empfiehlt Dr. Oppenheim (Kassel); sie fallen weniger auf und sind daher vielen Pat. weit angenehmer, als weisse. Besonders erwünscht wären an Stelle der bisherigen weissen Stärkebinden erhärtende schwarze zur Verwendung bei Kopf-, Hand- und Armverbänden. Es ist nun der Verbandstofffabrik Paul Hartmann in Heidenheim gelungen, eine brauchbare, schwarze, erhärtende Binde herzustellen, nicht wesentlich theurer, als die weissen. Autor hat diese Binde in der Praxis benützt und war damit zufrieden, ebenso die Kranken.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 12.)

Bücherschau.

- **Diaetvorschriften und Kochrecepte zum Gebrauch für die Krankenkassenpraxis.** Herausgegeben vom Verein für freie Arztwahl Stuttgart. Verlag von E. H. Moritz, Stuttgart 1905. Auf 28 Diaetzetteln, die zu Blocks zusammengesetzt werden können, sind hier für die verschiedensten Krankheitszustände Diaetvorschriften zusammengestellt, die sich durch Kürze, Klarheit und Brauchbarkeit speciell für die Krankenkassenclientel auszeichnen. Jedes Blatt bietet ausserdem Raum für besondere Vorschriften des Arztes. Eine grosse Anzahl Kochrecepte, die zu einem

„Kochbuch“ sich zusammensetzen lassen, gehört ebenfalls zu diesem litterarischen Unternehmen, das warme Empfehlung verdient und sicherlich vielen Nutzen stiften wird.

- **Die Anaesthesie in der ärztlichen Praxis** ist ein kleines Buch (Verlag von J. F. Lehmann, München. Preis 1 Mk.) betitelt, in dem Dr. M. Martin sich bestrebt hat, alles was heutzutage für den, welcher die Localanaesthesie anwenden will, zu wissen nöthig ist, mit kurzen, klaren Worten auseinanderzusetzen. Die Anaesthesie mit Aether, Aethylchlorid, Cocain, Adrenalin, die Schleich'sche, Oberst'sche, Bier'sche Methode, alles wird in besonderen Capiteln besprochen, specielle Vorschriften gegeben, üble Zufälle berichtet, Indicationen und Contraindicationen klargelegt, das Instrumentarium beschrieben, — kurz: was der Praktiker braucht, findet er hier so kurz und klar angegeben, dass er sich rasch orientiren kann. Es sei daher unter warmer Empfehlung auf das Schriftchen hingewiesen.

- Merck's **Jahresberichte** sind im 18. Jahrgang erschienen. Der stattliche Band enthält, wie alljährlich, einen sehr genauen Bericht über alle Neuerungen auf den Gebieten der Pharmakotherapie und Pharmacie, wie sie in der Litteratur des Jahres 1904 niedergelegt worden sind, und bildet eine ungemein belehrende Lectüre für diejenigen, welche neuere Präparate und Heilmethoden in ihrer Praxis benutzen.

- Heft 2 der von Schwalbe herausgegebenen **Vorträge für praktische Therapie** (Verlag von G. Thieme, Leipzig. Preis 80 Pfg.) enthält folgende Abhandlungen: „Behandlung des Ileus“ von Prof. V. Czerny, „Behandlung der habituellen Obstipation“ von Prof. Ad. Schmidt, „Behandlung der Lungenblutung“ von Prof. H. Hochhaus, „Ueber Sehstörungen bei Hornhaut- und Linsentrübungen und ihre Behandlung“ von Prof. Schmidt-Rimpler, „Diagnose und Behandlung der Kieferhöhleneiterung“ von Prof. E. P. Friedrich, „Ueber Phimosia acquisita und ihre Behandlung“ von Prof. J. Rille. Wir empfehlen diese „Vorträge“ noch einmal angelegentlichst unseren Lesern.

Für den redactionellen Theil verantwortlich **Dr. E. Graetzer in Sprottau.**

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Jul

XIV. Jahrgang

1905.

Agrypnie. Die hypnotischen Eigenschaften eines neuen

Polychlorals (Viferral) haben K. Witthauer und S. Gärtner (Halle) erprobt. Infolge der Polymerisation sind die stark ätzenden Eigenschaften des Chlorals beim Viferral verschwunden, weshalb eine Reizwirkung auf die Magenschleimhaut nie beobachtet wird. Viferral kann auch bequem in Oblaten genommen werden und in Tabletten; es ist ein in allen Eigenschaften verbessertes Chloralhydrat, das sich bei den praktischen Versuchen auch als gutes Hypnoticum erwiesen hat, dabei frei von allen unangenehmen Nebenwirkungen ist und sich durch Billigkeit auszeichnet (10 Tabletten zu 1 g werden Mk. 1,25 kosten, 6 Tabletten 75 Pfg.). Als Minimaldosis für Erwachsene ist 0,75—1,0 zu bezeichnen, doch kann man auf 1,5 bis 2,0 steigen. Bei längerem Gebrauch scheint eine gewisse Gewöhnung an das Mittel einzutreten.

(Therap. Monatshefte, März 1905.)

- Auf Grund seiner **Erfahrungen über die Anwendung des Neuronals**, die er an 42 Pat. gesammelt hat, kann Dr. L. Bleibtreu (Evang. Krankenhaus in Köln) bestätigen, dass bei A. leichteren und schwereren Grades das Neuronale oft schon in Dosen von 0,5 g, gewöhnlich in der Dosis von 1 g gute Dienste leistet und üble Nebenwirkungen trotz manchmal lange Zeit durchgeführter Darreichung nicht vorkamen. Auch bei zwei Alkoholikern trat

jedesmal nach 1 g Neuronal ruhiger 6—7 stündiger Schlaf ein. In einigen Fällen von *Neuralgien* wurde das Mittel in der Tagesdosis von 1—1½ g gegeben und äusserte entschieden sedative Wirkung. Dasselbe zeigte sich bei *acutem Muskelrheumatismus*. Bei einem Pat. mit *chron. Nephritis*, beträchtlicher Hypertrophie des linken Ventrikels, hochgradigen Herzpalpitationen und excessiver Athemnoth, der angab, seit Monaten nicht mehr geschlafen zu haben und in der Nacht sehr unruhig war, hatten Morphium-injectionen von 0,01 g nur rasch vorübergehende Wirkung. Erst als gleichzeitig 0,5 g Neuronal gegeben wurde, schlief Pat. gut und war auch Tags über wesentlich ruhiger. Auch als die Morphiuminjectionen ausgesetzt und nur noch 0,5 g Neuronal Abends gegeben wurden, blieben Schlaf und Allgemeinzustand befriedigend. Ferner nahm in einem Falle von Schrumpfniere mit uraemischem Asthma die Athemnoth bei Neuronalgebrauch rasch ab. Bei 2 Fällen, die unruhige *Apoplektiker* betrafen, leistete Neuronal gute Dienste. Es bewährte sich endlich bei 2 Fällen von *Chorea minor* bei Kindern und in einem Falle von posthemiplegischer Chorea einer erwachsenen Person.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 15.)

- **Ueber percutane Wirkung eines Schlafmittels (Isopral)** macht Dr. R. Förster (Psychiatr. Klinik in Bonn) Mittheilung. Er benützte folgende Lösung:

Rp. Ol. Ricin.
Alcoh. absol. aa 10,0
Isopral. 30,0

Die Application geschah in der Weise, dass das gewünschte Quantum der Lösung auf die Haut des Oberarmes (bei mageren Personen des Oberschenkels) eingerieben wurde, und zwar rasch, damit keine stärkere Verdunstung eintrat. Hierauf wurde diese Hautparthie sofort mit Guttapercha verdeckt, das mit einer Binde befestigt wurde. Diese Bedeckung wurde nicht vor Ablauf von 1—1½ Stunden entfernt (Reizungserscheinungen zeigten sich auch bei mehrtägiger Application an der gleichen Stelle nicht). So wurde bei 38 Pat. (meist Frauen) verfahren, und zwar wurde mit kleinen Dosen begonnen und dann vorsichtig gestiegen. Nie üble Nebenwirkungen. Die Einzeldosis betrug 1—5 g des Präparates. Bei ⅓ der Versuchspersonen positiver Erfolg, bei ¼ weniger ausgesprochener, bei dem Rest fraglicher oder negativer. Dosen

unter 2,5—3,0 hatten keinen bemerkenswerthen Einfluss. Bei Unruhezuständen muss man bis auf 4—5 g steigen. Schlaf tritt in der Regel nicht vor $\frac{1}{2}$ —2 Stunden ein und hält durchschnittlich 4—7 Stunden an. Häufig dauerte die beruhigende Wirkung noch am nächsten Tage an, bei 2 mal täglich vorgenommener oder an mehreren aufeinander folgenden Tagen wiederholter Einreibung für noch längere Zeit. Ueberhaupt scheint die sedative Kraft die hypnotische mehr oder weniger zu überwiegen. Möglicherweise kann man auch bei schmerzhaften Affectionen an Muskeln, Gelenken u. s. w. durch locale Anwendung des Isoprals günstig einwirken. Jedenfalls steht nunmehr fest, dass ein Schlafmittel auch bei percutaner Application eine hypnotische resp. sedative Wirkung zu entfalten vermag.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 Nr. 20.)

Anaesthesie, Narkose. Ueber die Scopolamin-Mor-

phium-Narkose theilt Dr. Dirk (Prof. Rotter's Abtheilung im St. Hedwig-Krankenhaus Berlin) seine Erfahrungen mit. Korff giebt jetzt von einer Lösung

Scopolamin. hydrobrom. 0,01

Morph. mur. 0,25

Aq. dest. 10,0

je $\frac{1}{3}$ Pravazspritze $2\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ und $\frac{1}{2}$ Stunde vor der Operation, also im Ganzen 0,001 Scopolamin und 0,025 Morphinum. Dirk bedient sich getrennter Lösungen, einer 1‰igen Scopolamin- und einer 2‰igen Morphinumlösung und giebt hiervon 2 Stunden vor der Operation $\frac{1}{2}$ Spritze Scopolamin und $\frac{3}{4}$ Spritze Morphinum und 1 Stunde vor der Operation $\frac{1}{2}$ Spritze Scopolamin und $\frac{1}{2}$ Spritze Morphinum, also im Ganzen ebensoviel wie Korff. Es wird da von vornherein auf eine complete Narkose verzichtet, und nur in den Fällen, wo er einer Vollnarkose möglichst nahe kommen will, giebt Autor noch eine dritte Spritze, entsprechend 3—2 und 1 Stunde vor der Operation und bringt dann im Ganzen $1\frac{1}{2}$ mg Scopolamin und 3 cg Morphinum zur Anwendung. So wurden 260 Narkosen geleitet, 227 mit je 2 Spritzen, 21 Pat. mit 3 Spritzen und 12 Pat. mit 1 Spritze (wo dieselbe schon recht intensiv gewirkt hatte). Es handelte sich meist um grössere Operationen von 20—60 Minuten Dauer und länger. Der Verbrauch an Chloroform und Aether war dabei ein verhältnissmässig geringer, 29 mal konnte die Operation

28*

sogar ohne weiteres Narcoticum ausgeführt werden (davon waren 15 Pat. 2 mal, 9 Pat. 3 mal, 4 Pat. nur 1 mal gespritzt worden). Den Verlauf einer solchen Narkose schildert Autor wie folgt: „Der Kranke wird bei der gewöhnlich angewandten Zwei-Spritzen-Methode 2 Stunden vor Beginn der Operation im Bett zum ersten Male gespritzt. Schon nach kurzer Zeit bemerkt man eine ausgesprochene Schlafneigung, der kein besonderes Stadium der Unruhe vorausgeht. Wenn man nach 1 Stunde zur zweiten Injection das Zimmer betritt, so vermag der Pat. zwar noch präzise Antworten zu geben, aber man merkt ihm an, dass er seine Ruhe haben möchte, und im Verlauf der zweiten Stunde schläft der Kranke fast immer ruhig ein, höchstens klagt er über Trockenheit im Munde und verlangt zu trinken, oder er juckt sich ab und zu, besonders am Hals und im Gesicht. Nach 2 Stunden erfolgt die Ueberführung zum Operationssaal. Durch das Heben aus dem Bett, das Fahren auf dem Wagen und das Lagern auf den Operationstisch wird der Kranke wieder etwas munter; er stiert, wenn man so sagen darf, ins Blaue, das Gesicht ist zum wenigsten leicht geröthet, in vielen Fällen mässig cyanotisch, die Pupillen sind in etwa der Hälfte der Fälle erweitert. Der Pat. spannt die willkürlichen Muskeln und ist infolgedessen steif, hilft aber häufig beim Hinüberheben auf den Tisch selbst mit. Auf einfache Fragen, z. B. nach dem Namen, giebt er, wenn auch langsam und oft lallend, die richtige Antwort. Lässt man ihn in Ruhe, so schliesst er sofort die Augen und schläft weiter. Der Puls ist nur in verhältnissmässig wenigen Fällen beschleunigt: er variirt in der Regel zwischen 70—90 Schlägen in der Minute (doch sind auch 120 und mehr Schläge keine Seltenheit). Die Athemzüge sind tief und erfolgen in dem gleichen Zeitraume etwa 15 bis 30 mal. Die Vorbereitungen, wie Rasiren und Waschen, lässt der Hyoscinierte meist ruhig über sich ergehen, höchstens greift er nach der betreffenden Körperstelle. Beim Uebergang zur Vollnarkose athmet der Kranke in der Regel ruhig weiter, besonders wenn Chloroform gegeben wird, und nur beim Aether bemerkt man, öfters, wohl infolge des intensiven Geruches, geringe Abwehrbewegungen. Ein ausgesprochenes Excitationsstadium trat nur bei 4 Kranken ein, die sämmtlich Alkoholisten waren. Ist die Narkose tief, so bleibt sie unter geringen Aethergaben ausserordentlich gleichmässig und ruhig. Durch die Wirkung des Scopolamins sistirt die Secretion

der Drüsen, welche sonst beim Aether so störend wirkt; man wird nicht behelligt durch Salivation und Trachealrasseln, es fehlen Hustenreiz und Brechneigung; Collaps und Asphyxie beobachteten wir niemals. Bei ganz tiefer Narkose nimmt die Athmung, wohl durch Morphinwirkung, bisweilen einen Cheyne-Stokes'schen Typus an, oder aber es erfolgen nur 3—6 tiefe Athemzüge in der Minute. Lässt sich die Operation ohne weitere Narcotica ausführen, wie wir es meist bei älteren Leuten zu erstreben suchten, so spannt wohl der Pat., stöhnt auch ab und zu bei besonders schmerzhaften Manipulationen, beruhigt sich aber sehr bald wieder. An die Narkose schliesst sich stets ein tiefer Schlaf an von 3—8stündiger Dauer. Der Operirte erwacht mit verhältnissmässig gutem Befinden: er hat den ersten Wundschmerz verschlafen, und nicht selten hört man, selbst von den, die bei den Vorbereitungen noch klare Antworten gaben, die Frage: „Wann werde ich nun eigentlich operirt?“ Ein grosser Procentsatz erinnert sich nur an die erste Spritze, über die weiteren Vorgänge herrscht vollständige Amnesie. Andere erinnern sich eben noch dunkel an die Ueberführung zum Operationssal, und nur ein kleiner Bruchtheil kann über die Vorbereitungen etc. annähernd genauere Auskunft geben. Ein grosser Vorzug der Scopolamin-Morphium-Narkose ist es, dass gastrische Störungen, Uebelkeit und Erbrechen, nach der Operation fast vollständig ausbleiben. In der ersten Zeit waren 3 Todesfälle zu beklagen; es handelte sich um 3 decrepide, in desolatem Zustande befindliche Personen im Alter von 69, 73, 76 Jahren, sämmtlich an Darmcarcinom leidend. Seit dieser Zeit wurde mit besonderer Sorgfalt bei älteren und schwächlichen Pat. die Wirkung der ersten Einspritzung überwacht und da, wo nach 1 Stunde ausgesprochene Somnolenz mit Pupillenerweiterung und Cyanose vorhanden war, die zweite Injection unterlassen; seitdem passirte nichts mehr. Die Scopolamin-Morphium-Narkose hat nur den einen Nachtheil: die Umständlichkeit der Anwendung und die nicht zu entbehrende sachgemässe Ueberwachung vor und nach der Operation, nachher besonders deshalb, weil häufig durch Zurücksinken der Zunge und des Kiefers die Athmung behindert wird. Es stehen aber ausserordentliche Vorthelle gegenüber; 1. Das psychische Moment, das bei ängstlichen Personen nicht hoch genug zu schätzen ist: wir machen die Narkose im Bett und ersparen den Pat. die Erinnerung an die

unangenehme Vorbereitung. 2. Der schonende Uebergang zur Vollnarkose ohne Angstzustände, ohne Erstickungsgefühl. 3. Wir haben eine ruhige, gleichmässige Narkose ohne Salivation, ohne Trachealrasseln etc., ohne Asphyxie und Collaps. 4. Nach der Operation liegen die Pat. in langem Schlaf und merken nichts vom ersten Wundschmerz. 5. Bleiben die Pat. verschont von Erbrechen. 6. Stellt sie ein Verfahren dar, das uns bei allen Pat. eine Narkose ermöglicht, bei denen Chloroform oder Aether lebensgefährlich wirken könnte.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 10.)

— **Zwei neue Lokalanaesthetica in der rhino-laryngologischen**

Praxis versucht hat Dr. Arth. Meyer (Berlin): β Eucaïn. lactic. und Stovain, ersteres von der chem. Fabrik vorm. Schering (Berlin) hergestellt, letzteres ein französisches Präparat (α -Dimethylamino- β -benzoyl-pentanolchlorhydrat). β Eucaïn. lactic. wurde in 30 Fällen benützt, meist vor Operationen in der Nase (Kauterisation, Aetzungen, Entfernung von Hypertrophieen und Polypen u. s. w.). Mit 15%iger Lösung getränkte Wattebäusche wurden auf den Schleimhautbezirk aufgelegt und 5 Minuten in der Nase belassen. Wo Anaemisirung erwünscht war, wurde vorher die Schleimhaut mit 1% Adrenalinlösung bestrichen; diese vertieft und verlängert auch die Anaesthesia. Die Operationen an den Weichtheilen liessen sich mit Eucaïn völlig schmerzlos ausführen. Die Contraction der Muschelschwellkörper nach Eucaïn ist sehr gering. Bei reflectorischem Asthma brachte in 2 Fällen Eucaïn, auf die erregenden Teile der Nase gebracht, Erleichterung der Athemnoth, die stundenlang anhielt. Auch für die Erkennung der reflexerregenden Stellen ist das Verfahren anwendbar; gerade hier sind wenig giftige Cocainersatzmittel am Platze. Am Larynx versagte Eucaïn völlig. Stovain ist sehr leicht im Wasser löslich, seine Lösungen vertragen das Kochen; selbst in 1%iger Verdünnung soll es noch energisch antiseptische Wirkung entfalten; es ist nur $\frac{1}{3}$ bis $\frac{1}{3}$ so giftig als Cocain. 30mal wurde es in 5%iger Lösung bei Nasenoperationen (s. oben) verwendet; ausnahmslos war die Anaesthesia ausgezeichnet, und üble Zufälle fehlten völlig. Es war hier die 5%ige Lösung durchaus gleichwerthig einer 10%igen Cocainlösung. Im Kehlkopf bewährte sich das Präparat einige Male, wenn der in 20%iger Lösung getränkte Tampon noch in reines

pulverisiertes Stovain* getaucht wurde; es konnte dann ein Curettement tuberculöser Granulationen und mehrmals Milchsäureätzung bequem vorgenommen werden. Mehrfach aber war der Kehlkopf zwar für leichte Sondenberührung unempfindlich, doch löste Druck oder Kitzeln der Schleimhaut Reflex aus, so dass sich localisirte Aetzung nur mit grosser Geschwindigkeit bewerkstelligen liess. Am widerstehendsten erwies sich die Hinterwand. Zur Untersuchung des Larynx wurde 2 mal stovainisirt, einmal wegen starker Reizbarkeit des Rachens, die nach Pinselung mit 5%igem Stovain nach 2—3 Minuten geschwunden war, einmal wegen sogen. „kurzer Zunge“; auch diese liess sich nach Stovainisirung leicht hervorziehen. Niemals wurde eine Vergiftungserscheinung beobachtet, und das Gefühl nach Application des Stovains war stets weniger unangenehm, als nach Cocain. Resumé: Sowohl das milchsaure β -Eucaïn als das Stovain sind bis zu einem gewissem Grade geeignet, das Cocain zu ersetzen. Beide sind weniger giftig, billiger, sterilisirbar, nur Anaesthetie, nicht Ischaemie erzeugend. Für Nasenoperationen sind Eucaïn und Stovain gleich gut wirksam, im Larynx versagt ersteres, Stovain bewirkt in einem Theil der Fälle hinreichende Anaesthetie.

(Therap. Monatshefte, Mai 1905.)

Antisepsis, Asepsis, Desinfection. Sanoform hat

San.-Rath Dr. Unger (Berlin) in den letzten 8 Jahren angewandt bei fast 500 Fällen der kleinen Chirurgie und der Gynaekologie: bei Panaritien, Phlegmonen, Haut- und Lymphdrüsenabscessen, Ulcera cruris, Furunkeln, frischen Riss-, Quetsch- und Schnittwunden, Wunden nach Entfernung von Fremdkörpern und kleinen Geschwülsten, nach Exstirpation eingewachsener Nägel, Mastitiden, Ulcera mollis, Gangraen, die 10%ige Sanoformgaze zur Tamponade der Vagina und des Uterus bei Aborten, Blutungen etc. Sanoform erwies sich in der Wirkung als dem Jodoform ebenbürtig, aber es ist geruchlos, zeigt keine localen Nebenwirkungen und macht auch bei sehr ausgiebigem und langandauerndem Gebrauch keine Allgemeinintoxicationen.

(Therap. Monatshefte, März 1905.)

- **Sanatol**, ein neues Desinficiens und Desodorisans, das Gemisch eines Kresolpräparats mit freier Schwefelsäure haben Dr. K. Neuberg und Dr. E. Meyer (Berlin) auf seine Desinfectionskraft bakteriologisch geprüft und gefunden, dass

es in 1%iger wässriger Lösung pathogene Keime und Fäulnisserreger abtötet. Sanatol wirkt auch desodorisierend, zwar nicht sofort, aber wenn es mit der übelriechenden Flüssigkeit einige Zeit steht. Sanatol ist eine schwarzbraune Flüssigkeit, die dem Wasser eine milchige Beschaffenheit verleiht. Da es billig ist (100 kg kosten 75 Mk.), eignet es sich besonders für Massendesinfection (Hersteller: H. F. W. Leonhardt, Zwickau).

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1905 No. 39.)

— **Ueber Melioform, ein neues Desinfectionsmittel** berichtet Dr. J. Jacobson. Das neue, von Lüthi & Buhtz (Berlin) hergestellte Präparat enthält hauptsächlich Formalin (25%), dann essigsäure Thonerde (15%) und einige indifferente Zugaben. Es wird in Fläschchen zu 100 g abgegeben; 4 g in 1 L. Wasser geben eine wirksame antiseptische Lösung, die klar und geruchlos ist, Hände und Instrumente nicht angreift, Wunden nicht reizt und billig ist. Bakteriologische Prüfungen ergaben starke Einwirkung auf pathogene Keime.

(Medicin. Klinik, 19. März 1905.)

Bronchitis. Die medicamentöse Behandlung acuter und chronischer Bronchialkatarrhe, von Dr. Franck [Schluss]. Was nun die Erkrankungen bei *Kindern* anbelangt, so ist hier noch mehr als bei Erwachsenen darauf zu fahnden, ob in Nase und Nasenrachenraum alles in Ordnung, keine Verlegung vorhanden ist; event. ist eine solche sofort operativ anzugreifen. Der *acute Katarrh* mit vorwiegender Beteiligung des Kehlkopfes äussert sich bei *Kindern* meist mit hohem Fieber und heftigem „Bräunehusten“. Neben einem Abführmittel, heissen Schwamm-aufschlagen auf den Kehlkopf etc. wirkt Codein äusserst beruhigend:

Rp. Codein. phosphoric. 0,075

Alcoh. q. s. ad solut.

Aq. foenic. 100,0

Syr. Alth. 15,0

M. D. S. 1—2 stündl. 1 Thee- oder
Kinderlöffel bis zur Wirkung.

Beginnt die Erkrankung bei Säuglingen unter dem Bilde des *acuten Schnupfens* mit verlegter Nasenathmung, so ist auch hier Adrenalin 1‰, in Form von Instillationen

oder in kleinen Wattebäuschchen applicirt, angezeigt. Die Schleimhäute schwellen rasch ab, die Nahrungsaufnahme wird wieder ermöglicht, und ein Uebergang auf die Bronchien findet nicht statt. Ist das Schlimmste überwunden, so thut ein Eucalyptuspräparat sehr gute Dienste; Autor giebt das Eucalyptol enthaltende Convulsin, das gern genommen wird (1—2 stündlich 1 Thee- oder Kinderlöffel) und die bronchialen Reizerscheinungen rasch beseitigt. Bei *capillärer Bronchitis der Säuglinge* haben Senfwassereinwickelungen (Heubner) oft lebensrettenden Erfolg. Es werden $\frac{3}{4}$ —1 Pfd. Senfmehl mit $1\frac{1}{2}$ —2 Liter Wasser von 40° angerührt, bis die stechenden Dämpfe sich entwickeln. In diese Lösung taucht man ein leinenes Tuch, ringt es aus und wickelt das Kind rasch bis an den Hals in dasselbe fest ein. Das Kind bleibt 1 bis 2 Stunden darin, bis die Hautreizung deutlich bemerkbar ist. Es folgt ein heisses Bad sowie trockene warme Einpackung zum Nachschwitzen. Falls nöthig, Wiederholung nach 12—24 Stunden. Bei *chronisch bronchorrhoischen Processen* gebe man Terpentin:

Rp. Ol. terebinth. 0,25—1,0
Aq. foenic. 125,0
Mucil. salep 25,0

M. D. S. 2—3 stündlich 1 Thee-
bis Kinderlöffel.

Bei *Keuchhusten* giebt Autor intern Aq. fluoroformii (2 stündlich ein Thee- bis Esslöffel), extern ordinirt er Cypressenöl:

Rp. Ol. cupress. 20,0
Spirit. rectific. 100,0

M. D. S. Zur Nacht 1 Kinder-
löffel auf Kissen, Oberbett
und Leibwäsche zu giessen.

Diese combinirte Behandlung wirkt sehr gut; ist das katarrhalische Stadium wieder da, dann leistet Convulsin gute Dienste.

(Der ärztliche Praktiker 1905 No. 6)

- **Zur Behandlung der Capillarbronchitis** empfiehlt Dr. A. Herzfeld (New-York) ein Verfahren, das er seit 10 Jahren mit brillantem Erfolge anwendet. In einer Schüssel mischt er Alkohol und Wasser aa 250 ccm. Dieser Mischung setzt er Spirit. Sinapis 15—50 ccm je nach Schwere des

Falles zu. Ein grosses Stück Flanell wird in diese Mischung getaucht, nicht allzufest ausgerungen und der Körper des Kindes bis zu den Oberschenkeln darin eingewickelt. Um diesen feuchten Flanell wird ein trockener geschlagen, der den ganzen Körper des Kindes einhüllt. In dieser Packung bleibt das Kind, bis Athmung und Herzaction besser werden oder die Haut sich röthet, wenigstens 30 Minuten. Nachher kommt es in eine Packung von Alkohol und Wasser 1 : 2 (ohne Spir. Sinap.) für 1—2 Stunden, danach erfolgt trockene Einwickelung. Wenn nöthig, wird alles dies täglich mehrmals vorgenommen.

(Therap. Monatshefte, Mai 1905.)

Cholelithiasis. Zur Therapie der Ch. giebt Dr. A. Hecht (Beuthen, O.-S.) an, dass er mit folgenden Ordinationen Erfolg gehabt hat. Bei kolikfreien Pat. verordnet er:

Rp. Hydrarg. chlorat.
 Extr. Strychni aa 0,4—0,5
 Pulv. aromat. s. rhei
 Extr. rhei aa 1,5
 M. f. pill. Nr. 30
 S. 2—3 mal tägl. 1 Pille.

Dabei hat er weder Diarrhoeen noch Darmkolik beobachtet; dagegen sah er Magendrücken, Aufstossen, Gefühl von Völle, Obstipation, Diarrhoeen, Gelbsucht, Appetitlosigkeit schwinden. Bei Gallensteinkolik injicirt er Morphinum und giebt intern:

Rp. Podophyllin. 0,2
 Hydrarg. chlorat. 0,4
 Extr. Strychn.
 Extr. Bellad. aa 0,3
 M. f. pill. Nr. 20

S. Beim Anfall 2stündl. 1 Pille bis zur Wirkung, hernach 1—2 Stück täglich.

Beiden Pillensorten wohnt die Eigenschaft inne, wofern die Gallenblase Steine oder Gries beherbergt, Leberkoliken hervorzurufen. Indicirt ist die Calomelbehandlung da, wo die üblichen Behandlungsmethoden im Stiche lassen, ferner bei sehr heruntergekommenen Pat. (Tuberculöse, Greise) und endlich bei acuter Cholecystitis z. B. nach Appendicitis, Typhus etc.

(Therap. Monatshefte, April 1905.)

- Einen **Fall von Heilung von Ch. durch Natr. oleinic. (Eunatrol)** beschreibt Dr. J. Rauchmann. Es handelt sich um einen recht schweren, hartnäckigen Fall, der den verschiedensten Mitteln widerstanden hatte. Neben Magen- auswaschungen und Oelklystieren von Sesam- oder Oliven- öl verordnete Autor:

Rp. Natr. oleinic. 25,0
Glycerin.
Terr. silic. q. s. ut f. pill. Nr. 100

Es stellten sich zunächst dyspeptische Störungen ein, die durch Acid. mur. und Tinct. amara bekämpft werden mussten, aber nach 14 Tagen zeigte sich der Erfolg, und nach einigen Wochen war Pat. von dem Leiden befreit. Auch in 3 anderen Fällen bewährte sich die Medication. Aber das Eunatrol allein thut es nicht; es gehören zur Cur noch Oelklystiere von Sesam- oder Olivenöl, 250 bis 300 g, auf Körpertemperatur erwärmt, stets innerhalb 48 Stunden zu appliciren und Waschungen des Magens, mindestens 2 mal wöchentlich, am besten mit Acid. tannic. in 25%iger Lösung.

(Die Medicin, Woche 1905 No. 19.)

Ekzem. Ueber die therapeutische Verwendung des Empyro-

forms im k. k. Allgem. Krankenhause in Wien (Prof. E. Lang) berichtet Dr. J. Pollitzer. Das Präparat, ein sich durch Geruchlosigkeit, Farblosigkeit, milde Wirkung auszeichnendes Theerersatzmittel fand Verwendung als 5—10%ige Salbe, als Tinctur (5—10—20% mit Chloroform und Tinct. benz. aa) und als Paste:

Rp. Empyroform.
Amyl. aa 10,0
Ung. simpl. 20,0

Es wirkte besonders günstig bei den chronischen Formen des E. und als Nachbehandlungsmittel beim acuten E., wo sonst Theer indicirt erscheint. In ganz schweren Formen versagt es allerdings, weil dann seine Wirkung eine zu milde ist. Die Tinctur bewährte sich besonders bei dem squamösen, seborrhoischen E. des Kopfes. Bei *Prurigo* wurden die localen Erscheinungen, das E. und namentlich das Jucken günstig beeinflusst. *Pityriasis rosea* kam unter der Paste rasch zur Abheilung.

(Die Heilkunde 1905 Nr. 4.)

- **Ueber Pikrinsäureverwendung bei Hautkrankheiten, besonders bei E.** hat Dr. O. Meyer (Universitätsklinik für Hautkrankheiten, Strassburg i. E.) Versuche angestellt, die sehr befriedigend ausfielen, besonders bei den verschiedenen Arten des E. Man hatte sich bisher gerade vor der Verbindung der Pikrinsäure mit Fetten gefürchtet. Autor setzte trotzdem die Pikrinsäure zu $\frac{1}{2}$ —1% der Lassarschen Zinkamylumpaste zu und war damit durchaus zufrieden. Oefters wurde dieser Zusatz auch zu einer Grundlage gemacht, die aus einem Gemisch von stearinsäurem Zink und flüssigem Paraffin im Verhältniss von 1:1 (—2) bestand und bei sehr empfindlicher Haut meist viel besser vertragen wurde, als die Paste. Auch wurden ab und zu heisse Localbäder mit $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ % Pikrinsäurezusatz, 2 mal täglich je 10 Minuten lang angewandt (hinterher Einpudrung oder gewöhnlicher Pastenverband). Eine ganze Reihe von meist nässenden Ekzemen bei Erwachsenen und auch bei Kindern gaben den Boden für die Versuche ab. Bei jugendlichen Pat. wurde vorsichtig behandelt, was die Ausdehnung der in Behandlung genommenen Oberfläche anbetrifft, bei Erwachsenen wurden auch ausgedehnte Gebiete gleichzeitig in Angriff genommen. Nach Reinigung der kranken Theile mittels Oels oder Vaseline von Krusten etc. wurden die Pasten- resp. Salbenverbände angelegt, in einigen Fällen von Händeekezemen heisse Localbäder applicirt. Meist wurde schon nach 2—3 Verbänden, öfters bereits am nächsten Tage ein unverkennbarer Fortschritt gesehen, der sich in Verminderung der Secretion, die vielfach nach einigen Tagen vollkommen sistirte, äusserte, und womit eine rasch fortschreitende Epidermisirung Hand in Hand ging. Die auf sicherer Infection beruhenden Arten, die complicirenden und seborrhoischen Ekzeme, legten daneben ein beredtes Zeugniss ab von der desinficirenden Kraft der Pikrinsäure. Am auffallendsten, ja wiederholt in geradezu überraschender Weise reagierte das seborrhoische E. Fälle, die bisher der sorgfältigsten Behandlung getrotzt, gelang es rasch so zu modificiren, dass sie dann unter anderweitiger Medication bald abheilten (ist die Fläche einmal trocken, epidermisirt, dann hat Pikrinsäure keinen Zweck mehr, man muss zu Theer u. dgl. übergehen). Dann wurden bei den professionellen Händeekezemen sehr schöne Erfolge erzielt. Intoxicationen kamen nicht vor; aber man wird vor Beginn der Cur sich über die Verdauungsverhältnisse und über Intactheit der Nieren orientiren müssen, um nicht doch einmal unan-

genehme Folgen zu erleben. Jedenfalls ist Pikrinsäure ein recht brauchbares Mittel gegen E., das leider nur den Fehler hat, Haut, Haare und Kleider zu verfärben, welche Verfärbungen nur sehr schwer zu beseitigen sind. *)

(Therap. Monatshefte, Mai 1905.)

— **Ueber Sapolan** macht Dr. Zakrzewski (Posen) Mittheilung, der das Präparat in Dr. M. Joseph's Poliklinik (Berlin), angewandt hat. Das jetzt gelieferte Sapolan (Jean Zibell & Co., Triest) ist ein helles Präparat (*Sapolanum filtratum flavum*), das nicht färbt oder beschmutzt. Es erwies sich bei manchen chronischen Hautleiden als recht nützlich, aber auch bei nässenden, mehr acuten Formen von E. bewirkte es Besserung, besonders Rückgang aller subjectiven Beschwerden. Ein postscabiöses E. heilte in 14 Tagen unter Sapolan ab. Bessere und anhaltendere Resultate wurden freilich beim chronischen E. erzielt. In allen Fällen wurde vollständiger Rückgang aller subjectiven Beschwerden und eine objective Besserung resp. Heilung constatirt; vor allem ist das Aufhören des Juckens auch hier hervorzuheben. Das Sapolan scheint gerade beim chronischen E., namentlich wenn es Rhagaden bildet, stark juckt und wenig nässt, am Platze zu sein. Ebenso bewährte es sich in allen Fällen von *Lichen chron. simplex*; stets war in kürzester Zeit ein bedeutender Rückgang der subjectiven Beschwerden zu verzeichnen, ebenso objectiv stets bedeutende Besserung zu constatiren. Bei einigen Fällen von *Psoriasis* (localisirte, grössere zusammenhängende Flächen) war sehr schöner Erfolg zu sehen, schon nach einigen Tagen waren grosse Plaques ganz abgeheilt; in anderen Fällen versagte das Mittel. Von *Lichen ruber planus*, *Pityriasis rosea*, *Herpes tonsurans* wurde je 1 Fall behandelt; bei allen 3 war die Wirkung des Sapolans eine sehr zufriedenstellende. Eine bedeutende Bereicherung des Arzneischatzes stellt Sapolan nicht dar, aber es bewirkt doch in manchen Fällen, speciell beim chronischen E. und beim Lichen chron. simplex recht gute Erfolge, und beeinflusst stets geradezu verblüffend das Jucken.

(Dermatolog. Centralblatt, Mai 1905.)

*) Prieur hat 1897 ein einfaches Verfahren zur Beseitigung von Pikrinflecken mitgetheilt. Zur Entfernung von Flecken auf der Haut wird diese mit Wasser befeuchtet und darauf mit Lithium carbonic. abgerieben, oder man reibt die Haut mit einem Brei von Lithiumcarbonat und Wasser ein. Die Färbung verschwindet sofort. Auch Haare werden entfärbt, wenngleich bedeutend schwieriger. Wäsche wird in Wasser gethan, in welchem Lithioncarbonat suspendirt ist, worauf die Entfärbung rasch von statten geht.

Glaukom. Als **einfachste Glaukomoperation** bezeichnet Augenarzt Dr. Haberkamp (Bochum) die *Paracentese der vorderen Kammer durch Galvanokaustik*. Dieselbe lässt sich auch ambulant in der Sprechstunde ausführen. Der augenblickliche Erfolg ist der der Paracentese mit der Lanze; aber der Erfolg ist ein dauernder. Man kann das eingebrennte Loch in der Hornhaut weit genug machen, um den endgültigen Verschluss einige Tage hinauszuschieben. Die vordere Kammer bleibt mehr oder weniger aufgehoben und damit der Druck erniedrigt; in dieser Zeit kann sich viel leichter ein innerer Ausgleich der Circulations- und Secretionsverhältnisse des Auges herstellen, als bei einer Schnittparacentese, wo die Wundränder sich sofort aneinanderlegen und verkleben, sodass in wenigen Stunden der alte Druck wieder vorhanden sein kann. Autor hatte bisher 2mal Gelegenheit, diese Lochparacentese auszuführen, beide Male mit bleibendem Erfolge. Im ersten Falle handelte es sich um ein traumatisches G., ein sogen. Contusionsglaukom, bei dem der Eingriff sofortige Heilung brachte. Der zweite Fall war ein sehr schwerer, sodass schon die Enucleation gemacht werden sollte. Es waren ringförmige hintere Synechieen vorhanden, der Glaukomanfall bildete offenbar den Abschluss einer langen Leidensgeschichte, wahrscheinlich einer Iritis serosa. Die Lochparacentese rettete das schon verloren geglaubte Auge. Man thut gut, mit stark glühender Nadel zu brennen.

(Die ophthalmolog. Klinik 1905 No. 9.)

Gonorrhoe. Ueber Rectalgonorrhoe bei Vulvovaginitis

infantum macht Dr. K. Flügel (Dermatolog. Abtheilung des städt. Krankenhauses in Frankfurt a. M.) Mittheilung. Bei Durchsicht der Krankengeschichten vom Jahre 1896 ab, wo in jedem Falle von weiblicher G. mikroskopisch auch auf Rectalgonorrhoe untersucht wird, fand Autor unter 56 Fällen von gonorrhöischer Vulvovaginitis infantum 11mal G. des Rectums verzeichnet (also in 20% der Fälle). Dieser verhältnissmässig hohe Procentsatz, welcher zwar nicht ganz so hoch ist, wie der in der Anstalt bei an G. erkrankten Frauen gefundene (von denen etwa $\frac{1}{3}$ auch G. des Rectums hatten), erklärt sich wohl daraus, dass stets auf Gonokokken gefahndet wurde, auch wenn keine äusserlich wahrnehmbaren Veränderungen vorlagen. Nur 3mal war reichlich schleimig-eitriger Ausfluss aus dem Rectum

vorhanden. In den übrigen Fällen wurde das Secret durch Einführung einer Platinöse in den Anus gewonnen. Die Einführung eines Speculums ins Rectum stösst bei Kindern oft auf Schwierigkeiten, sodass sie unterbleiben muss. Hierauf dürfte das seltenere Auffinden der G. des Rectums bei Kindern als bei Erwachsenen zurückzuführen sein. Die subjectiven Erscheinungen und Beschwerden sind meist gering. Die Infection des Rectums kam wohl am häufigsten durch aus der Vagina herabfliessendes Secret zustande; damit stimmt gut überein, dass die Rectalgonorrhoe öfters bei sehr reichlichem Fluor aus den Genitalien gefunden wurde. Die Behandlung bestand in Application von Suppositorien, die 0,01 g Arg. nitr. oder Albargin enthielten oder Ichthyol 1 g; in anderen Fällen wurden Ausspülungen des Rectums mit Sol. Arg. nitr. 1:3000 vorgenommen. In allen Fällen wurde das Rectalsecret früher gonokokkenfrei, als dasjenige der Vagina und Urethra; es bietet eben die Schleimhaut des Rectums nicht die günstigen Bedingungen für das Gedeihen der Gonokokken, wie die Schleimhaut der Genitalien; auch die alkalische Reaction des Rectalschleimes und die Menge der stets vorhandenen anderen Bakterien sind diesem Gedeihen nicht förderlich, sodass zweifellos die Rectalgonorrhoe auch spontan abheilen kann. Immerhin hat sie eine praktische Bedeutung insofern, als, besonders in den Fällen mit stärkerem Ausfluss aus dem Rectum, stets die Gefahr der Reinfection der Vulva und der Uebertragung auf andere Kinder besteht. In allen Fällen von Vulvovaginitis infantum ist demzufolge auf das Vorhandensein einer Rectalgonorrhoe zu achten und gegebenenfalls dieselbe zu behandeln.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 12.)

- **Seltene Complicationen der G.** boten 3 Fälle, die Dr. E. Becker (Städt. Krankenhaus Charlottenburg) schildert. Im *ersten Falle* erkrankte ein an intensiver acuter G. leidendes Mädchen mit Frösteln und leichtem Fieber an Schmerzen, welche zunächst flüchtiger Natur waren, in verschiedenen Gelenken und Muskeln sassen. Allmählich localisirten sich die Schmerzen auf die Beugefläche des rechten Unterarms. Nun schwoll die ganze Beugefläche des Unterarms teigig an, und die bis dahin blasse Haut nahm eine rosa, dann dunkelrothe Farbe an und wurde hochgradig oedematös. Der Process zeigte also ganz die Erscheinungen einer Tendovaginitis blennorrhoeica. Jetzt

änderte sich aber das Bild insofern, als der Process sich nicht an der Sehne, resp. deren Scheide festsetzte, sondern sich weiter oben in der Fortsetzung der Sehne, nämlich der Fascie und dem Muskel selbst localisirte. In wenigen Tagen trat nun deutliche Fluctuation ein, und bei der Incision entleerte sich reichlich Eiter, der zahlreiche Gonokokken enthielt. Der Abscess heilte in kurzer Zeit mit Verwachsung der Narbe und des betreffenden Muskels aus. Es handelte sich also um *Myositis suppurativa gonorrhoeica*. Im zweiten Falle erkrankte ein an acuter G. und Prostatitis leidender, im übrigen bis auf einen leichten Spitzenkatarrh gesunder junger Mensch plötzlich mit hohem Fieber, unregelmässiger, sehr beschleunigter Herzthätigkeit und Athemnoth. Die Untersuchung ergab das Vorhandensein einer *Pericarditis* mit einem mässig grossen Exsudat. War diese nun durch die G. bedingt, oder durch eine andere Ursache? etwa durch die Tuberculose der Lungen fortgeleitet? Letzteres konnte mit grosser Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Die Affection der Lunge war eine ganz geringe, auch lag nur unbedeutende Infiltration des rechten Oberlappens vor, die nicht bis zum Herzbeutel reichte. Auch sprach die Art des Auftretens und Verlaufes gegen tuberculöse Pericarditis. Letztere tritt wohl nur selten so plötzlich auf und verschwindet niemals so spurlos wie hier. Eine andere der bekannten Ursachen für Pericarditis lag nicht vor, sodass wohl mit Recht allein die G. in Betracht kam. Dafür sprach auch manches direct. So hatte Pat. bereits eine Urethritis posterior und Prostatitis, sodass die Vorbedingung für leichteren Eintritt einer gonorrhoeischen Allgemeininfektion erfüllt war. Ferner sprach der ausserordentlich schnelle und günstige Verlauf für einen gonorrhoeischen Process, da die G. der serösen Häute meist gutartig ist. Im dritten Falle wurde ein an acuter G. und Cystitis leidendes Mädchen durch schwere Zangenextraction bei engem Becken und grossem Kopf entbunden. Kurze Zeit darauf erkrankte Pat. unter geringen Fieberbewegungen an einer schmerzhaften Anschwellung eines Ileosacralgelenkes und der Symphyse. Die Schmerzen liessen in verhältnissmässig kurzer Zeit nach, die Schwellung der Art. sacro-iliaca bestand noch einige Zeit fort, dann trat vollständige Genesung ein. Handelte es sich hier um genuine Polyarthrits rheumatica oder *Arthritis gonorrhoeica*? Zweifellos um letztere. Wenn für sie als charakteristisch angesehen wird die geringe Zahl der befallenen Gelenke, so traf dies hier zu. Während

ferner beim genuinen Rheumatismus die Intensität der acuten Erscheinungen, Fieber und Schmerzen, gewöhnlich längere Zeit fortbesteht, lässt sie bei der gonorrhoeischen Arthritis meist verhältnissmässig nach, wie hier. Endlich sprach auch der Effect der Therapie zu Gunsten der letzteren. Pat. bekam, ehe die Gelenkaffection sich einstellte, wegen der Cystitis täglich 3 g Salol, und auch nach Auftreten der Arthritis grössere Dosen der Antirheumatica, die ohne Einfluss blieben. Das Befallensein gerade der genannten beiden Gelenke lässt sich vielleicht so erklären, dass die Gelenkverbindungen infolge der schweren Entbindung etwas gelockert wurden und so dem Gonococcus günstige Gelegenheit zur Ansiedelung boten.

(Medicin. Klinik 1905 No. 21.)

- **Jodipin in der Behandlung der Prostatitis** empfiehlt Dr. W. Richter (Chemnitz). Das Präparat wurde in kleinen Klystieren applicirt mittels der sogen. Glycerinklystierspritze, welche die Form und Grösse von Tripperspritzen hat, nur in einen langen, stumpfwinkelig geknickten, am Ende olivenförmig verdickten Hartgummiansatz endet. Man beginnt mit Jodipin (10%) und Oleum Olivar. aa, 2 mal täglich $\frac{1}{2}$ Spritze und steigt bis zum puren Jodipin, 2 mal täglich 1 Spritze. Natürlich muss der Pat. eine Zeit wählen, wo er nicht vorhat, das Closet aufzusuchen. Die Resultate waren sehr erfreulich. In frischen Fällen wurde die Prostata in 8—14 Tagen in toto weich und schwoll ab, in älteren trat schnell partielle Erweichung ein, und die Besserung machte unter weiterer Jodipinapplication schnelle Fortschritte. Nie unangenehme Reizerscheinungen. Bisher wurde die Methode nur bei der acuten, gonorrhoeischen parenchymatösen Prostatitis angewandt, theoretisch liegt aber kein Grund vor, weshalb nicht bei jeder Prostatitis und Spermatocystitis, bei welcher auf eine Resorption hingearbeitet wird, Jodipin gleich gute Dienste leisten sollte.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1905 Bd. 40 No. 9.)

Hernien. Zur Repositionstechnik der eingeklemmten H.

empfiehlt Dr. H. Fischer (Wangeroo) den *Anaesthol*spray. Nachdem Pat. mit erhöhtem Becken und mässig adducirt-flectirten Schenkeln gelagert, die Haut in der Umgebung des Bruches mit Vaseline bestrichen und mit Watte reichlich bedeckt worden, richtet man den Anaestholstrahl mehr-

mals auf die Mitte des Bruches und, ehe sich diese weisslich verfärbt hat, ringsum weiter bis zur Bruchpforte. Durch die insgesamt 1—2 Minuten dauernde intensive Kälte verdichten sich sofort Haut, Gewebe, Gefässe, und Gase im ausgetretenen Darm. Indem man nunmehr nach B. Schmidt zwischen Daumen und den übrigen Fingern der linken Hand die Bruchpforte von aussen fixirt und zwischen Daumen und dem Zeige-, Mittel- und Ringfinger der rechten Hand jedesmal nur den der Bruchpforte zunächst gelegenen Darmtheil vorsichtig und langsam zurückzuschieben sucht, wird man überrascht sein, wie fast stets schon beim ersten Versuche, ohne dass es dabei zu Schmerzanfällen kommt, die taxis gelingt, während letztere vorher ohne Spray sich nicht bewerkstelligen liess.

(Die Therapie der Gegenwart, März 1905.)

- **Eine Bandage für grosse Bauchbrüche** hat Dr. A. Schanz (Dresden) construirt. Er verzichtete dabei darauf, den Bruchinhalt zu reponiren, was ja auch hier zwecklos und technisch unerreichbar ist, und setzte sich nur das Ziel, eine möglichst vollkommene Stützung des Bruches zu erreichen. Dies gelang mittels der *elastischen Beutelpelotte*. Dieselbe besteht aus einem festen Stahlreif, welcher die Bruchgeschwulst an ihrer Basis umgreift, und aus einem Beutel von elastischem Tricotgewebe, welcher in diesen Reif eingenäht ist. Die Grösse des Beutels muss so gewählt sein, dass er die Bruchgeschwulst voll aufnehmen kann. Sein Gewebe soll dabei gespannt werden, aber nicht bis zur vollständigen Ausnützung seiner elastischen Dehnungsfähigkeit. Ein elastischer Leibgurt, beiderseits mit zwei Riemchen festzuknüpfen, wird zur Fixation benützt. Diese Bandage giebt eine sehr gute Stütze, welche durch ihre elastische Spannung der Wirkung der normalen Bauchdecken nahe kommt.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 17.)

Heufieber. Zur Behandlung des H. ergreift Prof. Dr. Denker (Erlangen) das Wort. Es ist demselben gelungen, durch eine von ihm erdachte Behandlungsweise nicht nur das ausgebrochene H. günstig zu beeinflussen, sondern in mehreren Fällen auch das Wiederauftreten der Affection im nächsten resp. ebenfalls im zweiten Jahre nach der Behandlung zu verhindern. Es ist offenbar bei allen Heufieberkranken eine locale Disposition der Nasenschleimhäute

vorhanden. Von dieser Annahme ausgehend, hat Autor danach gestrebt, die Empfindlichkeit der Nasenschleimhäute zu bekämpfen. Es gelang ihm dies durch *Massage der Mucosa*. Diese muss natürlich mit grösster Behutsamkeit und nach vorhergegangener Anaesthesirung vorgenommen werden. Autor führt sie in folgender Weise durch: In einer Lösung von 1 g Cocain. mur. und 0,01 g Adrenalin auf 10 g Aq. dest. wird die mit Watte umwickelte Nasensonde getaucht; mit derselben werden alsdann vorsichtig die ganzen Schleimhäute der Nasenhöhle, soweit sie zu erreichen sind, bestrichen. Bei sehr sensiblen Pat. wendet Autor vor der ersten Bepinselung einen Cocainspray (1:100) an, der aber in der Regel bald in Wegfall kommen kann. Die Massage selbst wird ebenfalls mit watteumwickelter Sonde, die vorher in Europhenöl (1:100) getaucht wird, vorgenommen; man beginnt mit langsamem, leichtem, vorsichtigem Bestreichen der unteren Muschel, beschleunigt dann allmählich das Tempo und verstärkt den Druck; darauf wird der mittlere Nasengang, die mittlere und, wenn möglich, auch die obere Muschel in derselben Weise in Angriff genommen, und schliesslich kehrt man über die Schleimhaut des Septums zum Nasenboden zurück. Die ganze Manipulation, die täglich 1 mal ausgeführt wird, nimmt in den ersten Tagen 2—3 Minuten, später, wenn die Pat. weniger empfindlich geworden sind, 3—4 Minuten für jede Nasenseite in Anspruch. In den Fällen, bei welchen mit der Besserung in der Nase eine günstige Veränderung der Augensymptome nicht gleichen Schritt hielt, hat Autor mit befriedigendem Erfolge Einträufelungen von Tinct. Opii croc., Aq. dest. aa in den Conjunctivalsack (1—2 mal pro die) angewandt. Die Pat. waren dabei nicht gezwungen, während der Heufieberzeit bei geschlossenen Fenstern zu schlafen oder sich tagsüber zu Hause zu halten. Trotzdem war in allen 8 behandelten Fällen die Massage von Erfolg begleitet. Ferner blieben von den 7 Fällen (der achte kommt aus äusseren Gründen nicht in Betracht) 3 im folgenden Jahre gänzlich resp. fast ganz vom H. verschont, bei 3 weiteren traten nur ganz leichte Anfälle auf, beim siebenten traten sie im nächsten Jahre in gleicher Weise wieder auf. In einem Falle war der Erfolg auch noch im zweiten Jahre nach der Behandlung zu constatiren.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 19.)

Hysterie. Hysterische rechtsseitige Taubheit mit gleich-

zeitiger Hyperaesthesie des äusseren Ohres constatirte Dr. R. Dölger (München) bei einem 12jährigen Mädchen. Dasselbe soll im Alter von 6 Jahren in einen Graben gestürzt sein. Mit 8 Jahren erkrankte es an Lungenentzündung mit nachfolgender, fast $\frac{1}{2}$ Jahr dauernder rechtsseitiger Mittelohreiterung. Seit einigen Monaten nun Klagen über Schmerzen im rechten Ohr und hinter demselben, über rechtsseitige Kopfschmerzen, zeitweise Schwindelanfälle und Uebelkeiten frühmorgens nach dem Erwachen. Objectiver Befund: Linkes Ohr normal. Am rechten Warzentheil äusserste Druckempfindlichkeit, ohne dass die Weichtheile irgend welche Veränderung zeigen; ebenso wird auch das Einführen des Trichters und die Berührung der Gehörgangswände, insbesondere der knöchernen unteren Wand mit der Sonde äusserst schmerzhaft empfunden. Hörweite für Flüstersprache = 0. Im auffallenden Contrast zu diesem Untersuchungsergebniss steht das allgemeine Verhalten: Pat. lässt während der mit ihr angeknüpften Unterhaltung nichts von irgend welchen Beschwerden erkennen, sie erscheint geschwätzig und heiter, sodass man unwillkürlich Zweifel an dem Ernst der Beschwerden bekommt. Dieselben werden noch bestärkt durch die ausserordentliche Hyperaesthesie der *unteren* Wand des knöchernen Gehörganges, welche sich mit dem übrigen auf eine wirkliche organische Erkrankung des Mittelohrs und Labyrinths hindeutenden Befund nicht recht in Einklang bringen lässt. Therapie: Eisblase, Einreibungen des Warzentheils mit Jodvasogen. Nach etwa 14 Tagen sind die Beschwerden geschwunden, nur die Hyperaesthesie des Gehörgangs ist unverändert. Dagegen ist die Taubheit vollständig weg, Flüstersprache wird rechts wie links auf 4 m vernommen. — Es lag hier unzweifelhaft H. vor, obwohl die Beschwerden (Druckempfindlichkeit des Warzentheils, Taubheit, Schwindel, Uebelkeit) durchaus auf eine organische Erkrankung des Mittelohrs und Labyrinths hindeuteten. Eine hypnotische Behandlung hätte vielleicht schon früher dem Leiden ein Ende gemacht.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 14.)

- **Abdominale Scheingeschwülste bei hysterischen Kindern** haben zweifellos grosses praktisches Interesse, indem sie durch falsche Beurtheilung zu schweren Missgriffen in der Behandlung führen können. Dr. K. Beck (Chirurg. Universitätsklinik Rostock) beschreibt zwei solche Fälle, von

denen der eine sogar behufs Vornahme einer Operation der Klinik überwiesen worden war. Bei dem 13jährigen Mädchen fing vor 2 Jahren die Oberbauchgegend anzu-schwellen an, und diese Anschwellung soll allmählich zu-genommen haben. Seit dieser Zeit auch Klagen über Leibschmerzen, sonst aber keine Störungen des Allgemein-befindens, Appetit gut, Stuhlgang normal. Pat. wird be-hufs Entfernung eines Abdominaltumors in die Klinik ge-schickt. Ausgesprochen neuropathischer Habitus, leidender Gesichtsausdruck, Abdomen im Epigastrium bis zum Nabel hin kugelig vorgewölbt, wo die tumorartige Anschwellung in einer nach unten convexen Linie abschliesst. Untere Parthie des Bauches kahnförmig eingezogen, Bauchmusc-latur daselbst straff gespannt. Tumor von weich-elastischer Consistenz, zeigt keine Fluctuation, ist auf Druck angeblich sehr schmerzhaft, Percussionsschall über ihm tympanitisch gedämpft. Bei längerer Beobachtung zeigt sich, dass die Grösse der Geschwulst wechselt. Leber und Milz in normalen Grenzen. Motilität und Sensibilität intact, Reflexe allenthalben lebhaft, Temperatur normal, auch sonst Befund durchaus negativ. Diagnose wird mit Rücksicht auf den ausgesprochenen hysterischen Habitus in Verbindung mit dem eigenartigen localen Befund gestellt auf Scheinge-schwulst, hervorgerufen durch Anfüllung des Magens mit verschluckter Luft bei partieller Contraction der Bauch-deckenmuskulatur. Psychische Behandlung. Nach Sug-gerirung der eintretenden Heilung leichte Aethernarkose, in der sofort durch Druck auf die Oberbauchgegend unter Entweichen von Luft aus dem Mund die Geschwulst ver-schwindet. Abdomen bleibt von da ab normal, Pat. ist wie umgewandelt und bleibt gesund. Der zweite Fall betraf ein 9jähriges, früher nie krank gewesenes Mädchen, das seit 1 Jahr Leibschmerzen hat, verdriesslich ist, schlechten Appetit hat, abmagert, dabei ein Dickwerden des Bauches erkennen lässt. Ausgesprochene Facies hysterica. Abdomen stark aufgetrieben, besonders im Epigastrium, giebt überall tympanitischen Schall, ist auf Druck angeblich sehr em-pfindlich. Umfang in Nabelhöhe 74 cm. Bauchmuskeln contrahirt. Auf Geheiss, den Leib weich zu machen, ent-spannt Pat. dieselben, und es bleibt nur eine mässige Er-hebung in der Oberbauchgegend bestehen. Man bemerkt nun deutlich, wie Pat. Luft schluckt und die Geschwulst grösser wird; allmählich wölbt sich auch wieder die Unter-bauchgegend vor. Motilität und Sensibilität intact, Bauch-reflexe fehlen, Gaumenreflex herabgesetzt. Temperatur

normal, desgleichen der sonstige Befund. Gleiche Diagnose wie oben, ebenso Therapie mit gleichem Erfolge. — In beiden Fällen war der Pseudotumor in der Oberbauchgegend durch Anfüllung des Magens mit verschluckter Luft verursacht; dagegen dürfte der Meteorismus der Unterbauchgegend nicht durch grossen Gasgehalt der Därme bedingt gewesen sein, sondern durch abnorme Contractionszustände in der Musculatur der Bauchdecken, denn in der Narkose fiel der Leib schnell und vollkommen zusammen, wobei durch Druck auf ihn nur Luft aus dem Munde entwich, nicht aber aus dem After. Man wird bei Abdominaltumoren verdächtigen Charakters stets an H. denken müssen, die man oft den kleinen Pat. schon auf den ersten Blick anmerkt. Im Nothfall muss die Diagnose ex juvantibus gesichert werden, indem der schnelle Erfolg einer suggestiven Behandlung es unzweifelhaft macht, dass H. vorliegt.

(Monatsschrift für Kinderheilk., März 1905.)

Meningitis. Zur Behandlung der epidemischen Genick-

starre empfiehlt Dr. J. Ruhemann (Berlin) *Natr. jodicum*, das ihm bei einem Falle von *Cerebrospinalmeningitis* eclatante Dienste erwies. Es handelte sich da um einen 13jährigen Knaben, bei dem 7 Aerzte die gleiche Diagnose stellten. Das Krankheitsbild war ein sehr schweres, das Leiden äusserst hartnäckig, alle angewandten Mittel versagten, sodass der behandelnde Arzt keine Hoffnung auf Genesung mehr hatte. Autor wurde nunmehr zu Rathe gezogen. Er fand das Kind benommen, hoch fiebernd, cyanotisch, mit Contracturen an Beinen und Armen u. s. w. Autor verordnete eine Lösung von 2,5 g *Natr. jodic.* auf 150 g Wasser, 2—3 mal täglich $\frac{1}{2}$ Esslöffel. Schon nach dem ersten Einnehmen wurde die Temperatur normal und blieb es, die furchtbaren Kopfschmerzen hörten auf, sehr bald schwanden auch die Contracturen und Nackenstarre, der Pat. wurde binnen kurzer Zeit vollständig gesund und entwickelte sich durchaus normal weiter. Wenn auch die *Cerebrospinalmeningitis* und besonders die Fälle, die einen subacuten Verlauf nehmen, einer spontanen Heilung fähig sind, so war doch hier das Aufhören des Fiebers und die Abheilung der sonst doch so schwer zu beseitigenden spastischen Paresen so auffallend prompt, dass man an die Wirkung des *Natr. jodic.* glauben musste; auch das Ausbleiben cerebraler Nacherscheinungen war bemerkenswerth. *Natr. jodic.* zeichnet sich dadurch aus, dass es in kurzer

Zeit sein gesamtes Jod in statu nascendi abgibt und stark bactericid wirkt. Man kann es per os geben in etwa gleichen Dosen, wie Jodkalium: von einer Lösung 4,0:200,0 3—4 mal täglich einen Esslöffel. Die subcutanen Injectionen schmerzen nicht; Autor hat bisher 3200 Injectionen gemacht, ohne je schädliche Wirkungen zu sehen. Er hält das Mittel auch für indicirt bei epidemischer Genickstarre; Schaden wird man nicht stiften, event. aber bedeutenden Nutzen, der sich jedenfalls auf die Verhinderung des Eintretens resp. der Beseitigung bleibender Gehirnstörungen erstrecken wird. Bei der Unmöglichkeit, per os Medica-mente zu nehmen, wird man anfangs 2—3 mal am Tage das Mittel subcutan anwenden (von einer Lösung Natr. jodic. 1,0:20,0 mit Zusatz von 0,3 g Eucaïn jedesmal 1—2 ccm), und zwar in möglichster Nähe des Kopfes, in die Stirn, am Hals, Schultern etc. Nach Wiederkehr des Bewusstseins giebt man dann Natr. jodic. intern (4:200,0) und macht zur Unterstützung vielleicht noch täglich eine Injection.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 18.)

- **Bemerkungen über die Genickstarre in Oberschlesien** veröffentlicht Dr. Radmann (Knappschaftslazarett Laurahütte) und macht zunächst auf einige Besonderheiten der dortigen Epidemie aufmerksam. Auffallend ist zunächst die *unge- wöhnliche Ausdehnung* derselben, die an Zahl der Erkrankungen alle früheren bei weitem übertrifft (bisher über 1400 Fälle). Durch äussere Verhältnisse wird diese Erscheinung nicht hinreichend erklärt. Zweifellos fällt die Eigenart der Lebensgewohnheiten, der hygienischen, Wohnungs- und Verkehrsverhältnisse im dortigen Industriebezirk sehr ins Gewicht; indessen hat sich darin gegen früher nichts Wesentliches geändert, die hygienischen Verhältnisse haben sich sogar gebessert. Bemerkenswerth ist ferner die *hohe Mortalität* (mindestens 70%), ferner die *Contagiosität*, die in früheren Epidemien nie so ausgesprochen war. Unter den vom Autor behandelten 30 Fällen liessen sich 4 mal Gruppeninfectionen nachweisen. 2 mal erkrankten hintereinander 2 Geschwister in Abständen von etwa 36 Stunden. Vier in kurzen Zwischenräumen aufeinanderfolgende Fälle stammten aus demselben Hause, davon 3 aus derselben Wohnung, 4 andere Fälle im Verlauf von 11 Tagen aus derselben Familie. Die Incubationszeit scheint also recht kurz zu sein, möglicherweise nur $1\frac{1}{2}$ —2 Tage. Dumpfe, dunkle Wohnräume und enges Zusammenwohnen begünstigen offenbar die Entstehung der

Genickstarre. Häufig sah Autor erkrankte Kinder von zahlreichen Flohstichen bedeckt; vielleicht spielt Ungeziefer bei der Uebertragung eine wesentliche Rolle. Die grosse Ausdehnung, die hohe Sterbeziffer und die ausgesprochene Contagiosität der Krankheit lassen mangels äusserer Gründe vermuthen, dass die Virulenz der verursachenden Kokken eine erheblich grössere ist, als in früheren Epidemien. Für starke Toxinbildung spricht, dass rapid, oft in wenigen Stunden tödtlich verlaufende Fälle häufig sind, dass der Kokkenbefund in der Punctionsflüssigkeit des Rückenmarks meist ein spärlicher ist, dass in den tödtlichen Fällen trotz starken serösen Exsudats die eitrige Infiltration der weichen Hirnhäute nur geringfügig ist und sich häufig auf Chiasma und Pons beschränkt. Die Epidemie zeigt den Charakter einer *Kinderkrankheit*; von 300 Erkrankten im Kreise Kattowitz sind nur 12 über 12 Jahre alt. Die Verwandtschaft mit den acuten Exanthemen erhellt auch daraus, dass im Initialstadium *Exantheme* vorkommen. Unter seinen 30 Fällen sah Autor 4mal solche, und zwar 3mal übereinstimmend ein roseolaartiges, vorwiegend der Extremitäten, kurz nach dem Ausbruch der Erkrankung, das sich 2 Tage lang hielt und ohne weitere Folgeerscheinungen verschwand. Von Collegen wurden Fälle gesehen, in welchen einige Tage nach Beginn der Erkrankung Petechien der Haut auftraten; diese Fälle verliefen sämmtlich tödtlich. Beachtenswerth war, dass der Krankheitsverlauf bei den 2 Kindern, die ein ausgesprochenes primäres Exanthem hatten, ein ungewöhnlich leichter war. Wären nicht zufällig in den Familien andere, schwerere Fälle von Genickstarre vorgekommen, so hätte man die schnell vorübergehende Erkrankung kaum beobachtet; und doch fanden sich Weichselbaum'sche Kokken. Ob zwischen Exanthemen und Abortivverlauf Beziehungen bestehen, kann man auf Grund der zwei Fälle nicht entscheiden. Vielleicht gelingt es, derartige Exantheme häufiger zu finden, wenn man es sich zur Regel macht, in jedem Meningitisfall sämmtliche Familienangehörige, vor allem die Kinder genau zu untersuchen. Jedenfalls bewiesen die 2 Fälle, dass abortive Erkrankungen vorkommen und noch lange nach der Heilung infectiös bleiben. In einigen schweren Fällen fehlte der Opisthotonus, und erfolgten auch bei starkem Beugen des Kopfes keine Schmerzensäusserungen. Indessen fehlten dann nie andere Symptome, die eine sichere Diagnose ermöglichten, vor allem Erscheinungen am Oculomotorius und Opticus oder das Kernig'sche Zeichen. Den sichersten Aufschluss

giebt die Spinalpunction. Die Diplokokken lassen sich anscheinend leichter im Deckglaspräparat der Spinalflüssigkeit, als durch die Cultur nachweisen. In der *Therapie* liessen alle als specifisch empfohlenen Mittel im Stich, so die Collargolbehandlung. Auch Jod, Salicyl, Quecksilber, systematische Spinalpunctionen zeigten keinen Effect. Symptomatisch sind am wirksamsten längere warme Bäder und feuchte Einwickelungen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 18.)

Morbilli. Ueber die Bedeutung der Koplik'schen Flecke für

die Diagnose und Differentialdiagnose der M. lässt sich Dr. Brüning (Univers.-Kinderklinik Leipzig) aus. Bisher gingen die Ansichten der Autoren über Häufigkeit und Bedeutung der Koplik'schen Flecke sehr auseinander. Brüning beschloss daher, Nachprüfung an einem genau zu beobachtenden klinischen Materiale anzustellen, und er konnte dies sehr gut bei 2 Masern-Hausinfectionen, die 1904 auf der Scharlach- und der Diphtheriestation ausbrachen und es ermöglichten, das Anfangsstadium der M. zu beobachten. Es handelte sich um 52 Kinder jeden Alters. Nur 2mal wurden die Flecke vermisst. Sie wurden sonst constatirt 3mal am fünften und sechsten, 4mal am vierten, 7mal am dritten, 11mal am zweiten und 25mal am letzten Tage vor Ausbruch des Exanthems und verschwanden in der Mehrzahl der Fälle bald, sodass beim Ausbruch der M. nur noch 17mal die Flecke vorhanden waren. Nur 2mal waren sie bis zum Verblassen der M. nachzuweisen, in allen übrigen Fällen bereits vorher verschwunden. Die Flecke waren meist sehr klein, im allgemeinen aber ohne Schwierigkeiten schon beim blossen Oeffnen des Mundes und seitlicher Inspection — besonders bei diffusem Tageslicht — zu erkennen. In schwierigeren Fällen gelang die Beobachtung stets mit dem sich dazu vorzüglich eignenden, von Taube angegebenen gefensterten Mundspatel. Bei anderen Affectionen wurden Koplik'sche Flecke nie gefunden, sodass Autor nach seinen Beobachtungen die Flecke als ein bei genauer Untersuchung stets nachweisbares, absolut sicheres pathognomisches Frühsymptom der M. bezeichnen muss, dessen Vorhandensein als diagnostisches, differentialdiagnostisches und prophylaktisches Hilfsmittel die weitgehendste Beobachtung verdient.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 10.)

Obstipatio. Versuche mit Cerolin bei Behandlung von

Furunculose und O. haben Dr. J. Meisels und Dr. L. Brauner (Wien, k. k. Allgem. Krankenhaus) angestellt, und zwar mit sehr befriedigenden Resultaten. Cerolin ist eine Fettsubstanz aus der Hefe, das wirksame Heilprincip derselben; die Firma Boehringer & Söhne (Mannheim) stellt Pillen mit 0,1 Cerolin dar. In den 10 Fällen von Furunculose sind diese Pillen von wesentlichem Einflusse auf die Abkürzung des Processes gewesen. In allen Fällen trat nach 5—15 tägigem Einnehmen von 3 mal 1—3 Pillen ein Stillstand in der Furunkelbildung ein, manchmal bildeten sich im Entstehen begriffene Knoten zurück und nach der Incision der bereits vereiterten Knoten trat baldige Heilung ein. Neue Knoten entwickelten sich nur selten. Von O. wurden 61 Fälle hartnäckiger Natur und verschiedensten Ursprungs mit den Pillen (anfangs 3 mal täglich 1 Stück, dann allmählich bis 3 mal 2 Stück) behandelt, mit 43 positiven Erfolgen; 11 mal Erfolg nur ein theilweiser, 7 mal (jahrelang bestehende habituelle O.) trat gar kein Erfolg ein. Die Pillen machten nie Leibschmerzen oder sonstige Beschwerden, die Stühle waren breiig, nie flüssig. Cerolin erwies sich also als unschädliches, mildes Abführmittel in Dosen von 3—6 (bis höchstens 9) Pillen pro die, welche am besten $\frac{1}{2}$ —1 Stunde vor den Mahlzeiten verabfolgt werden. (Pharmaceutische u. Therapeutische Rundschau 1906 No. 5.)

- **Die Behandlung der spastischen O.** bespricht Privatdoc. Dr. Albu (Berlin). Zunächst geht er auf das Wesen und die Diagnose dieses Leidens ein. Früher schob man allgemein die chronische O. auf eine Atonia intestinorum. Jetzt weiss man, dass gar nicht so selten chronische O. auf einer krampfhaften Contraction der Darmwand, speciell der Dickdarmmuskulatur beruht, und dass so oft die Therapie des Leidens versagt, weil auf letztere Aetiologie keine Rücksicht genommen, die Behandlung auf eine falsche Voraussetzung aufgebaut wird. Zahlreiche Fälle scheinbarer Darmatonie beruhen in Wahrheit auf spastischer O., deren Behandlung derjenigen der Darmatonie diametral entgegengesetzt ist. Die Differentialdiagnose zwischen beiden Affectionen ist freilich oft recht schwierig, manchmal geradezu unmöglich. Man kann sich nur an folgende Momente halten: Die spastische O. betrifft hauptsächlich sehr neurasthenische oder gar hysterische Personen, welche mannigfache Symptome allgemeiner oder localer Natur von diesem

ihrem Grundleiden offenbaren. Es sind meist schlaffe, mangelhaft ernährte, etwas blasse Individuen im dritten oder vierten Lebensjahrzehnt, in der überwiegenden Mehrheit weiblichen Geschlechts. Unter den neurasthenischen und hysterischen Symptomen, die sie darbieten, findet sich bisweilen auch irgend ein Spasmus im Bereiche der unwillkürlichen Musculatur, z. B. Spasmus pharyngis (Globus), Spasmus cardiae, pylori u. dergl. Die krampfhaft Contraction der Darmmuskulatur ist keine beständige, sondern in Intervallen auftretend, aber ihre Dauer ist sehr verschieden. Sie erstreckt sich auf Stunden, Tage und selbst Wochen, aber mit häufigeren, mehr oder minder langen Unterbrechungen, in denen der Darm atonisch darniederliegt. Unzweifelhaft ist die Atonie überhaupt die Grundlage, auf der sich die Spasmen entwickeln. Objectiv werden die Darmcontractionen von vielen Pat. als lästiges, meist sogar schmerzhaftes Gefühl im Leibe empfunden, das sich bisweilen bis zu Coliken steigert. Manchmal werden die krampfhaften Zusammenziehungen der Musculatur von den Pat. auch im Mastdarm und After empfunden, sodass die Kranken die Empfindung haben, als würde der Koth gewaltsam zurückgehalten, oder sie werden durch häufige Tenesmen gequält. Diesen subjectiven Empfindungen der spastischen Contraction entspricht in vielen Fällen der positive Nachweis contrahirter Darmschlingen, besonders in der rechten und linken Oberbauchgegend. Denn das Coecum einerseits, das S romanum andererseits sind die Hauptstellen der spastischen Contractionen wie auch der Atonie. Im ersteren Falle fühlt man entweder dauernd oder zeitweise etwa fingerdicke und ebenso lange oder noch längere wurstförmige Gebilde an den bezeichneten Stellen, welche sich leicht hin- und herschieben lassen, von prall elastischer Consistenz und auf Druck mehr oder minder empfindlich sind. Der Contractionszustand des Coecum giebt leider oft Veranlassung zu Verwechselungen mit Perityphlitis, was von einschneidender Bedeutung für Prognose und Therapie ist. Eine Sicherheit gewinnt die Diagnose zuweilen durch die Digitalexploration des Rectums, welche einen Krampf auch in der Sphincteren-Musculatur nachweist, indem nämlich der untersuchende Finger durch die sich krampfhaft zusammenziehende Ringmusculatur des Anus fest eingezwängt wird. In manchen Fällen beschränkt sich überhaupt die spastische Obstipation auf diesen untersten Darmabschnitt. Nicht selten findet man als Complicationen auch dieser Form der O. eine Enteroptose, insbesondere

eine Coloptose, wobei das Quercolon in Nabelhöhe als langer, fingerdicker, fester Strang von einer Hüfte zur anderen herüberzieht, öfters auch eine sogenannte Enteritis membranacea, die ja nach Nothnagel meist auch als motorische Darmneurose (*Colica mucosa*) aufzufassen ist. Für die Diagnose ist schliesslich öfters auch die Beschaffenheit der Kothentleerungen zu verwerthen. Im allgemeinen sind sie wie bei der atonischen O. trocken, hart und spärlich. Zuweilen nehmen sie aber die charakteristische Gestalt eines Bandes oder abgeplatteten Bleistiftes an, welche durch die Einschliessung des Kothes in den spastisch contrahirten Darmschlingen bedingt ist. Solch „Stenosenkoth“ ist durchaus nicht charakteristisch für chronische Darmverengerungen, er beweist nur, dass irgendwo im Darm eine Verengung sich befindet, und diese ist meist eine spastische. In vielen Fällen von spastischer O. zeigt der Koth gar nichts Besonderes. Was nun die Therapie der spastischen O. anbelangt, so muss zunächst, da sich die Spasmen auf der Basis der Atonie entwickeln, jede Gelegenheit dazu ängstlich vermieden werden. Es ist also jede Reizung der Därme zu vermeiden, darum vor allen Dingen Massage und Abführmittel jeder Art. Die Therapie muss vielmehr auf die Beseitigung des Reizzustandes des Darmes gerichtet sein, und dazu erweisen sich folgende Maassnahmen als zweckmässig, die mindestens 4—6 Wochen streng durchzuführen und bei Rückfällen zu wiederholen sind:

1. Warme oder noch besser heisse Sitz- oder Vollbäder, Temperatur 30—35° R., Dauer 10—15 Minuten. Zu empfehlen auch kohlensaure Solbäder von 26° R.
2. Heisse Leibcompressen, besonders trockene (sehr zweckmässig: Thermophor.)
3. Warme Oelklystiere von Lein-, Sesam- oder auch Ricinusöl, $\frac{1}{4}$ Ltr. abends applicirt im Bett bei erhöhtem Steiss oder in Knieellenbogenlage. Es kommt nicht darauf an, dadurch sofort Stuhl zu erzeugen, sondern es soll beschwichtigend auf den Krampfanfall eingewirkt werden, weshalb das Oel möglichst lange im Darm verweilen soll. Die Eingiessungen sollen möglichst langsam und unter geringem Druck erfolgen, am besten mittels einer grossen Klystierspritze.
4. Als krampfstillendes Mittel Atropin oder Belladonna, letzteres als Extract. Belladonnae in Form von Suppositorien, in einer Dosis von 0,02—0,03 g täglich 2—3 mal.

5. Richtige Diaet; am besten vegetabilische Stoffe, sorgfältig von allen Hüllen, Schalen u. dgl. befreit, hauptsächlich breiförmig. Gestattet alle Arten des Weizenbrotes, aus feinem Mehl hergestellt, Gemüse in Pureeform, gekochtes Obst, Suppen und Breigerichte; sehr zweckmässig Milch (1 Ltr.). Streng verboten: Alkohol, Gewürze, Kohllarten, Gurken, Salat, Rettich Radieschen, Käse u. dgl.
6. Einlegung fester Hartgummi- oder Metallbougies in den Mastdarm, tägl. auf 10—15 Minuten, 5—10 cm tief.

(Die Therapie der Gegenwart, Mai 1905.)

Otitis. Die **Behandlung der O. externa mit organischen Schwefelpräparaten** empfiehlt Dr. C. Kassel (Posen). Er behandelte zunächst einen Pat., der seit Wochen an Furunculose des äusseren Gehörganges litt, gegen welche die bisherige Therapie sich als machtlos erwiesen hatte. Autor legte jetzt Wattetampons, mit Thigenol getränkt, ein. Die Schmerzhaftigkeit hörte sofort auf, die schon abscedirten Furunkel kamen in kürzester Zeit zur Heilung, die Abscedirung weiterer, schon vorhandener Infiltrate erfolgte schmerzlos, der äussere Gehörgang war in kaum einer Woche geheilt, und Recidive traten nicht auf. Seitdem hat Autor eine grosse Anzahl von Fällen von O. externa circumscripta und diffusa mit organischen Schwefelpräparaten (Ichthyol, Thiol, Thigenol, Isarol hatten die gleiche Wirkung) in ebenderselben Weise (Tampons) behandelt, nur erwies sich als zweckmässig, denselben noch zu 10% Anaesthesin zuzusetzen. Die Abscedirung erfolgte dabei stets schnell und schmerzlos, und die Affectionen heilten auffallend rasch.

(Therap. Monatshefte, April 1905.)

— **Die Prophylaxe des Ohres bei den acuten Infectiouskrankheiten** bespricht Prof. Ostmann (vgl. Univers.-Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Halskranke in Marburg). Er zeigt, wie bei den Infectiouskrankheiten Ohrcomplicationen entstehen, und wie Prophylaxe in zweckmässiger Weise eingreifen kann. Besonders gefährdet sind Kinder, deren Nase und Rachen bereits vorher chronisch erkrankt war, sodass man den ungemein häufigen Nasen- und Rachen-erkrankungen volle Aufmerksamkeit schenken muss. Die Nasenrachenkatarrhe führen bei Kindern oft zu bedeutender Ansammlung von Schleim in Nase und Rachen; denn die

Kinder sind infolge der Verlegung der Nase unfähig, richtig zu schnauben; verschlimmert nun eine Infektionskrankheit noch die Nasenrachenerkrankung, so hat es oft erhebliche Schwierigkeiten, zur Zeit der Erkrankung selbst eine sachgemässe Behandlung einzuleiten. Man gewöhne daher die Kinder möglichst frühzeitig, Nasen- und Rachenhöhle durch richtiges Schnauben und Spülen zu säubern. Da nun jede Druckerhöhung im Nasenrachenraum bei gesteigerter Infektionsgefahr vermieden werden muss, so gewöhne man die Kinder von vornherein an einseitiges, hinreichend kräftiges, aber nicht gewaltsam stossweises Schnauben. Ebenso werde das Kind geübt zu gurgeln oder, was viel zweckmässiger ist, das Cavum pharyngorale et laryng. zu spülen, was wie folgt geschieht: Es wird ein kleiner Schluck der Spülflüssigkeit in den Mund genommen, durch die Nase tief eingeathmet und auf der Höhe der Inspiration die Athmung sistirt; dann wird der Mund geöffnet, die Zunge vorgestreckt und der Zungengrund durch Löffel oder Spatel nach vorn gedrängt. Die Flüssigkeit stürzt in das Cavum pharyngorale et laryng., erzeugt eine kräftige Würgebewegung und wird durch diese wieder ausgeworfen; der Gebrauch des Löffels wird nach einiger Uebung bald überflüssig. *Vor Ausbruch einer Infektionskrankheit* kann man also das Ohr schützen: durch Beseitigung bestehender Nasen-Rachenerkrankungen, durch Uebungen im gefahrlosen Schnauben, im Gurgeln und Spülen des Rachens. *Während der Infektionskrankheit* ist vor allem Nase und Rachen frei und sauber zu halten. Erweist sich die Nasenathmung durch Schleimhautschwellung und Schleimansammlung behindert, so ist dies sehr oft zu beseitigen durch Nasenspray:

Rp. Cocain. mur. 0,1
 Acid. boric. 4,0
 Aq. dest. ad 200,0

Man verfare so, dass das im Bette aufsitzende Kind den Kopf ein wenig nach vorn neigt, den Mund öffnet (damit nicht geschluckt wird), und der die Luft zuführende Ballon anfangs nur 4—5mal zusammengepresst wird; jedes gewaltsame Vorgehen wird vermieden, wenn man die dünne Röhre des Sprays geschickt von unten her etwa 1 cm in die Nasenöffnung führt, dann bei gleichbleibender Stellung des Kopfes die Röhre etwas anhebt, um horizontal nach hinten und nicht nach oben zu spraysen. Die zerstäubte Flüssigkeit fiesst zum Theil von selbst

ab, unter Einwirkung der Cocains schwillt die Schleimhaut ab, die Schleimmassen werden verdünnt, Borken allmählich gelöst, sodass oft erstaunliche Mengen von Schleim und Eiter entleert werden, sobald nachher die behandelte Nasenseite unter Verschluss der anderen einseitig ausgeblasen wird. Wird diese Behandlung, die sehr bald die Pflegerin übernehmen kann, täglich 3—4 mal durchgeführt, so wird Nase und Rachen sehr bald freier und ungezählte, das Ohr gefährdende Bakterien eliminiert. Wo die Durchgängigkeit der Nase sehr stark beeinträchtigt ist, muss man vor dem Sprayen die Nase durch Bestreichen der unteren Muscheln mit einigen Tropfen 2—5%iger Cocainlösung, der man 1—3 Tropfen Adrenalin zusetzt, erweitern. Natürlich müssen auch die Zähne gepflegt (Kal. chloric.-Paste), Mund und Rachen regelmässig ausgespült werden. *Nach Ablauf der Infektionskrankheit* können immer noch Ohrcomplicationen sich einstellen, sodass Nase und Rachen fortdauernder Aufmerksamkeit bedürfen. Eine der schwersten doppelseitigen Mittelohrentzündungen, die Autor behandelt hat, war nach scheinbar völligem Ablauf einer sehr wenig ausgedehnten diphtherischen Erkrankung der Mandeln unmittelbar nach dem Spielen eines Blasinstrumentes entstanden. Erhöhter Druck im Nasenrachenraum ist zu vermeiden und alle anderen prophylaktischen Maassregeln sind streng zu beachten solange, bis Nase und Rachen ganz gesundet sind und der ganze Ernährungszustand sich wesentlich gehoben hat. Denn infolge der Abmagerung, an welcher das Fettpolster der Tuben Antheil nimmt und eine Erweiterung der Tubenostien eintritt, besteht für die Ohren erhöhte Infektionsgefahr.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 15.)

Pruritus. Ueber Hautjucken, seine Ursachen und Behandlung,

lässt sich Privatdoc. Dr. C. Bruhns (Berlin) aus. Was zunächst die *Aetiologie* anbelangt, so ist zu unterscheiden P. aus inneren Ursachen und P. aus äusseren Ursachen, wenn auch eine scharfe Begrenzung sich schwer durchführen lässt. Die *inneren Ursachen* sind mannigfaltiger Natur. P. kann auf *haematogenem* Wege entstehen, wie beim *Icterus*, *Diabetes*, bei *gichtischer* und *uraemischer* Erkrankung. Wir können hier annehmen, dass durch die im Blut oder der Lymphe abnormer Weise vorhandenen Stoffe die Hautnerven oder auch das Centralnervensystem

in der Art gereizt werden, dass sie auf diesen Reiz mit Jucken antworten. In allen Fällen von Hautjucken aus zunächst nicht erkennbarer Ursache mit mehr oder weniger ausgesprochener krankhafter Hautveränderung versäume man nicht, die *Leukaemie* und *Pseudoleukaemie* in den Kreis der in Betracht kommenden ursächlichen Erkrankungen zu ziehen. Bei Leukaemie sieht man öfters Ausschläge urticarieller Natur, die Jucken verursachen, bei Pseudoleukaemie manchmal Ausschläge von prurigoähnlichem Charakter, doch sind die Knötchen und Kratzeffekte gewöhnlich ganz unregelmässig, nicht so wie bei der Prurigo Hebrae localisirt. Ausser den nicht juckenden Hautveränderungen, Tumoren, diffusen Schwellungen u. s. w., mit denen die Haut bei diesen Krankheiten sich betheiligen kann, sind noch die als *Erythrodermie* bezeichneten, mit Jucken und ekzemartigen Erscheinungen einhergehenden Hauterkrankungen anzuführen, die den leukaemischen nahestehen. Es scheint, dass überhaupt im Gefolge von verschiedenen Erkrankungen lymphatischer Organe Jucken und pruriginöse resp. strophulusähnliche Ausschläge entstehen können, so z. B. im Anschluss an Milzvergrösserung nach früher durchgemachter Malaria, ferner an Lymphosarkom. Auch nach Gebrauch von *Morphium*, *Cocain* u. a. kann Jucken entstehen. Es sind ferner seltene Fälle beobachtet worden, in denen die innere Ursache des Juckens ein am Orte des Centrums des Juckgefühls, in der Rindensubstanz localisirter Tumor war. In anderen Fällen von *Erkrankung des Centralnervensystems* ist Jucken vorhanden, ohne dass wir uns über die Art des Entstehens eine Vorstellung machen können. Ein solches „reflectorisches“ Jucken kann auch entstehen bei *Genitalleiden der Frauen*, bei der *Menstruation* und *Gravidität*. Bei letzterer mag allerdings auch die Circulationsstörung eine Rolle spielen; ebenso wie wir bei *Varicen* am Unterschenkel oder bei *Haemorrhoiden* an den betreffenden Stellen P. finden, den wir mit der venösen Stauung erklären, mag manchmal der P. der Schwangeren auf die vorhandenen venösen Stauungen zurückzuführen sein. Dann aber giebt es Fälle von Jucken, wo uns jede Erklärung fehlt. Wir finden dieses „nervöse“ Jucken bei ganz gesunden Menschen, meist allerdings bei neurasthenischen und hysterischen. Beim *P. senilis* liegen wahrscheinlich anatomische durch das Greisenalter bedingte Veränderungen der feinen Nervenendigungen dem Jucken zu Grunde. Auch der *P. hiemalis* und *aestivus* ist wohl kaum rein nervös, vielmehr giebt

hier die Temperatur eine gewisse äussere Veranlassung zum Jucken. Damit kommen wir auf die *äusseren* Ursachen des Hautjuckens. Hier sind zunächst die durch *Parasiten* und andere äusseren Reize bedingten Fälle zu nennen. Die *Scabies*diagnose bietet mitunter grössere Schwierigkeiten. Wenn die Krätze noch nicht sehr lange besteht und bei Pat. vorkommt, die ihren Körper reinlich halten, gelingt es manchmal schwer, die Milben aufzufinden, und die secundären Ekzemveränderungen sind gering. Immer wird es die Localisation der Scabiesstellen sein, die besonders die Diagnose in zweifelhaften Fällen stützt. In den Handgelenksbeugen und an den Ballen der Hände findet man in nicht ausgesprochenen Fällen manchmal noch eher, als zwischen den Fingern einen Milbengang, oder die Haut des Penis, wo die Uebertragung zuerst erfolgt ist, zeigt einen solchen. Bei reichlichen ekzematösen Veränderungen wird man besonders durch die Localisation an den Prädilectionsstellen die Diagnose stellen können. Bei Vorhandensein jener feinen, strahlenförmig um die vordere Axillarfalte angeordneten Ekzemstellen wird man sich in den seltensten Fällen täuschen, wenn man schon daraus auf eine Scabies schliesst. Bei Scabies der Kinder sind die Fusssohlen gerade oft afficirt; aber hier sind auch Strophulus und Prurigo gern localisirt. Bleibt ein Fall durchaus zweifelhaft, so leite man lieber die Scabies-cur ein; eine umsonst unternommene Cur ist besser als die Unterlassung einer nothwendigen. Wichtig und gar nicht selten ist die *Thierscabies*, die der Mensch durch Berührung mit räudeigen Hunden, Katzen, Pferden, Schafen, Kaninchen, Schweinen acquiriren kann. Sie hat beim Menschen wenig Charakteristisches an sich, der Parasit ist fast nie nachweisbar, es giebt keine Milbengänge, Kratzeffect und Ekzemstellen sind unregelmässig angeordnet, nicht auf Prädilectionsstellen beschränkt. Man kann die Diagnose meist nur per exclusionem stellen; jedenfalls soll man in fraglichen Fällen nicht versäumen, nach event. Infection durch kranke Thiere zu forschen. Diese Scabies verursacht zwar gewöhnlich keine so starken Erscheinungen wie die menschliche, und erlischt, auch nicht behandelt, spontan in 6—8 Wochen. Aber immerhin ist das Jucken ein recht lästiges und kann besonders in der Bettwärme unerträglich werden. Die Affection ist durch die gewöhnliche Krätzebehandlung schnell und sicher heilbar. *Flöhe*, *Läuse*, *Wanzen*, *Mücken*, *Morpionen* können P. hervorrufen, ebenso der *Holzbock* (*Ixodes ricinus*), die

Vogelmilbe und die *Raupen*. In der warmen Jahreszeit zeigen nicht wenige Pat. nach einem Spaziergange im Walde oder Garten eine ganz charakteristische Hautreizung in der Form von Quaddeln rings um den Hals herum in der Gegend oberhalb des Halskragens. Es sind die Haare der Raupenhaut, die diese Raupenurticaria bewirken, und auch die in der Luft herumfliegenden Haare allein können schon, wenn sie auf die Haut fallen, so einwirken. Charakteristisch ist gerade die Localisation oberhalb des Halskragens, wo die Thiere entlang gekrochen sind; natürlich kann auch Gesicht, Hand, Arm einmal afficirt sein. Bei Bewohnern der Küstenländer kommen ebenso *Quallen* als Urticariaerreger in Betracht. Reizungen von pflanzlichen Organismen können ebenfalls Juckzustände herbeiführen. Bekannt ist die *Primeldermatitis*. Es wären sodann primäre Hautleiden zu nennen, welche Jucken hervorrufen: *Ekzem*, *Lichen ruber*, *Prurigo*, *Urticaria*, *Dermatitis herpetiformis*, *Pityriasis versicolor et rosea*. Auch die *Psoriasis* kann hierhin gestellt werden; manche *Psoriasis punctata* oder *lenticularis* juckt zur Zeit ihres Ausbruches ganz ordentlich. Während sonst das Nichtjucken für Syphilis charakteristisch ist, bewirkt das *kleinpapulöse Syphilid* nicht selten Jucken. (Schluss folgt.)

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1905 No. 7.)

Rheumatismen. Ueber Maretinanwendung bei Poly-

arthritis rheumatica macht Dr. W. Sobernheim (Berlin, Krankenhaus der Jüd. Gemeinde Berlin) Mittheilung und berichtet über einige Fälle, darunter schwere Fälle von acutem Gelenkrheumatismus, bei denen sich Maretin bestens bewährt hat, während andere Mittel versagt hatten. Die *antineuralgische* Wirkung des Mittels trat bei Kopfschmerzen oft in acuter Weise zu Tage, und erscheint Maretin auch besonders indicirt bei Schlaflosigkeit infolge neuralgischer Beschwerden bei Kranken mit subfebrilen Temperaturen, wo es, im Gegensatz zu den eigentlichen Schlafmitteln, wiederholt gute Dienste leistete. — Zu beachten wäre noch Folgendes: Bei der Untersuchung des Urins der Maretin-Behandelten ergaben die Zuckerproben stets einen positiven Ausfall, die Trommer'sche Probe allerdings erst nach längerem Aufkochen; es handelt sich nicht um Zucker, sondern um andere reducirende Substanzen, die nach Maretingebrauch schon nach 1maliger Gabe mit dem Urin ausgeschieden werden,

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 15.)

— **Einen Beitrag zur Kenntniss der Maretinwirkung** liefert Dr. Alb. Ulrich (Elisabethspital, Wien). Er wandte das Mittel auch bei 2 Fällen von Gelenkrheumatismus als Antipyreticum an und constatirte dabei nicht nur den temperaturherabsetzenden Einfluss, sondern auch eine äusserst günstige Einwirkung auf den Rheumatismus selbst. In beiden Fällen hatte sogar Aspirin versagt, während Maretin prompt wirkte. (Die Heilkunde 1905 No. 5.)

— **Ueber Mesotan** theilt Dr. L. Haagner (Elisabethinen-Spital Graz) seine Erfahrungen mit. Dieselben waren durchwegs günstige in bezug auf die therapeutische Wirksamkeit des Präparats wie auch in bezug auf das Ausbleiben von Nebenerscheinungen. Autor befürwortet daher warm die Anwendung des Mesotans. (Wiener med. Presse 1905 Nr. 16.)

— **Bemerkungen über Wärmebehandlung von rheumatischen Herzerkrankungen** macht Dr. A. Heermann (Posen). Er lenkt die Aufmerksamkeit auf Beobachtungen, die er sowohl bei Endocarditis wie auch bei Pericarditis gemacht hat, indem er theils bei den ersten Erscheinungen dieser Erkrankungen, theils bei späteren Stadien zu feuchtwarmen (Wasser- oder Alkohol-) Umschlägen mit mehrmals täglich wiederholter intensiver localer Erhitzung der Herzgegend mittels Herzflasche oder dgl. schritt. Es zeigte sich zunächst, dass dies durchgehend von den Pat. sofort als wohlthuend empfunden wurde und keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen hervorrief; dann aber auch objectiv in einer recht erfreulichen Weise zu Besserungen führte, wie sie nach den gewöhnlichen Erfahrungen nicht erwartet waren. Bemerkenswerth war hierbei, dass endocarditische Geräusche mehrfach (auch nach bis dahin längere Zeit gleichbleibendem Verhalten) in den ersten 8—14 Tagen der Wärmebehandlung eine deutliche Zunahme aufwiesen, um dann plötzlich oder wenigstens in ganz kurzer Zeit erheblich abzunehmen resp. zu verschwinden.

(Die Therapie der Gegenwart, Mai 1905.)

— **Ein Wort zur Salicyltherapie rheumatischer Erkrankungen** von Dr. Hans Naumann (Meran-Reinerz) verdient Berücksichtigung. Autor hat viel gleichmässiger Erfolge gesehen, seitdem er nach Huchard's Vorgang die Salicylpräparate nicht bloss den Tag über, sondern ebenso *regelmässig die Nacht durch* giebt. Das ist wohl dadurch zu

erklären, dass bei der schnellen Elimination der Salicylsäure durch den Urin das Medicament den Organismus während der Nacht ganz oder zum grössten Theil wieder verlässt. Dass die Nachtruhe der Pat. gestört wird, hat nicht so viel zu bedeuten, da die Kranken infolge ihrer Schmerzen doch nicht so ungestört schlafen. (Ibidem.)

- **Zum Vorkommen von Monarthrits rheumatica, speciell des Kiefergelenkes**, theilt Dr. K. Manasse (Karlsruhe) mit, dass er 5mal Gelegenheit hatte, die isolirte rheumatische Erkrankung des Kiefergelenkes zu beobachten. Die ersten Symptome lassen meist eher an eine Erkrankung des Ohres denken, indem Schmerzen im und am Ohr dominiren. Findet man am Ohr selbst nichts Abnormes, so muss man stets an jene Affection denken und eine antirheumatische Therapie einschlagen, deren Erfolg dann die Diagnose bestätigt.

(Die Heilkunde 1905 No 4.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Ueber

Chininum sulfuricum als wehenverstärkendes Mittel theilt Dr. J. Bäcker (St. Johannis-Spital Budapest) seine Erfahrungen mit, die sich auf 10 Jahre beziehen. Seit so langer Zeit wendet er das Mittel an, und zwar mit recht zufriedenstellendem Erfolge, hauptsächlich bei incompletem Abortus. Er giebt hier in $\frac{1}{4}$ stündlichen Pausen 2mal 0,5, und wenn innerhalb 1 Stunde energische Uteruscontractionen nicht auftreten, nochmals 0,5 g. Meist wirkt allerdings Chinin wehenverstärkend, vorausgesetzt, dass die Weenthätigkeit längst begonnen hat; zur Einleitung der Geburt erwies es sich nicht als besonders brauchbar. Freilich auch bei jenen Fällen ist seine Wirkung nicht absolut sicher, aber besonders in Abortusfällen, wo die Weenthätigkeit sehr träge ist, Blutung besteht, der Verlauf sich tagelang hinzieht, da wirkt Chinin doch meist recht prompt, d. h. es erzeugt kräftige Contractionen mit entsprechenden Pausen, also eine regelrechte Uterusthätigkeit.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 11.)

- **Ein neues Perforatorium zur vollkommenen Sicherung gegen das Abgleiten** hat Prof. Zweifel (Leipzig) construiert und sagt darüber:

„Eine doppelt aufsteigende Bohrschraube wird an langem Stiel unter der Deckung einer Schutzhülse an das Schädeldach gebracht und allein durch das Umdrehen eines

Querhebels, der sie an einem einfachen Schraubengange aufsteigen lässt, in den Kopf eingebohrt. Dieser Vorbohrer von Korkzieherart, der in den Schädel eindringt, muss eine gleiche Steighöhe haben, wie die Schraube, auf welcher er geführt wird, d. h. da die Windungen an der Spitze einem doppelten Schraubengang entsprechen, muss dort die Entfernung der einzelnen Gänge genau doppelt so hoch sein, als diejenigen der unteren einfachen Schraube, sonst reisst er in den Knochen Löcher aus. Ist der Vorbohrer tief in das Innere des Schädels eingedrungen, so wird die Schutzhülse rückwärts geschraubt und dadurch die Trepankrone zur Thätigkeit freigemacht. Dieser Act ist besonders zu betonen; denn dessen Unterlassung reisst natürlich beim Drehen des zweiten Hebels den Vorbohrer aus der Schädelhöhle heraus, wodurch auch wieder, und zwar geschützt, eine Oeffnung in den Schädel gerissen würde, die jedoch zu klein wäre, um Instrumente einzuführen und den freien Abfluss des Gehirns zu gestatten. Der Vorbohrer hält nun den Kopf fest und die Trepankrone wird auf dem gleichen Schraubengange durch Umdrehen des zweiten Querhebels in den Schädel hineingebohrt. Bei der Länge des Vorbohrers und wegen des Festhaltens des Schädels durch denselben ist die Gefahr des Abgleitens ausgeschaltet. Sowie der Vorbohrer eingedrungen ist, hat das Instrument in sich Halt und Gegenhalt. Ein Theil desselben fixirt den anderen. Es hat den Vorzug, dass die voneinander unabhängige Vorwärtsbewegung des Bohrers und der Trepankrone auf dem gleichen Schraubengewinde ermöglicht ist. Der Vorbohrer oder Stielbohrer ist so lang, dass die Querhebel weiter hinausragen als die Handgriffe der Zangen, so dass er ebensogut bei eingelegter Zange, wie an den von den Bauchdecken aus festgehaltenen Kopf verwendet werden kann. Die Zange würde nach dem Eindringen des Vorbohrers abzunehmen sein. Die drei Theile, aus denen das Instrument besteht, sind vom Arzt, ohne eine einzige Schraube lösen zu müssen, auseinander zu nehmen und einzeln zu reinigen, entsprechen also den heutigen Anforderungen an die Antisepsis auf das beste. Wenn die äussere Schutzhülse vorgeschraubt ist und das Instrument gesenkt wird, kann diese nach vorn zu Boden fallen und haben die Aerzte darauf acht zu geben. Verfertigt wird dieses neue Trepanperforatorium von der Firma Alexander Schädel, Leipzig, Löhr's Hof.“

(Centralblatt f. Gynaekologie 1905 No. 12.)

- **Ueber den combinirten Handgriff zur Entwicklung des nachfolgenden Kopfes** handelt ein Vortrag von Prof. A. Martin (Greifswald). Für Fälle von annähernd physiologischen Raumverhältnissen zwischen Kopf und Becken, in denen der Kopf des Fötus mit dem Schultergürtel ohne Weiteres in das Becken hineinrückt, sind specielle Handgriffe nicht nöthig. Es gelingt in der Regel spielend, ihn durch Anheben des Rumpfes auf den Bauch der Mutter entweder eine Art Kinn- oder eine Nackenwelle um die Symphyse vollziehen zu lassen, um ihn aus der Vulva hervorzuleiten. Oft wird diese einfache Art der Nachhülfe in der Praxis gar nicht gewürdigt! Ist der Kopf ins Becken eingetreten, so bedarf es kaum noch eines anderen Handgriffes. Man behält eine Hand ganz frei, oder wenn man den kindlichen Rumpf der Hebamme überlässt, beide, um die Ausdehnung der Vulva und des Dammes zu controlliren, event. vom Hinterdamme aus das Köpfchen hervorzuleiten. Die Aufgabe, den Kopf zu entwickeln, wird eigentlich erst dann actuell, wenn er noch über dem Beckeneingang steht oder eben in die Beckeneingangsebene einrückt. Hier bieten sich zwei Wege: man kann entweder durch einen irgendwie ansetzenden Kraftaufwand den Kopf durch das Becken herausbefördern, ohne sich um Einstellung und Geburtsmechanismus zu kümmern, oder man kann die Entwicklung des Kopfes durch Ansetzen an diesem selbst entsprechend der jeweiligen Einstellung und dem für diese Einstellung bekannten Mechanismus zu Tage fördern. Die mehr oder weniger dem Zufall einer spontan erfolgenden günstigen Einstellung vertrauenden Verfahren der ersten Art sind typisch vertreten in dem „Prager Handgriff“, für die zweite Kategorie ist typisch der Smellie-Veit'sche und der „combinirte Handgriff“. Letzterer ist von Martin eingehend beschrieben worden, wird aber merkwürdigerweise in den üblichen Handbüchern mehr oder minder falsch dargestellt, sodass gelegentliche Misserfolge damit zu erklären sind. Autor bezweckt die Richtigstellung dieser Angaben und geht deshalb noch einmal näher auf denselben ein. Er sagt: „Der combinirte Handgriff bezweckt nicht den im Becken liegenden Kopf vollends aus demselben zu entwickeln, er bezweckt, ihn, wenn er über dem Beckeneingang liegt und dem Rumpf nicht in das Becken hineinfolgt, in dasselbe hinabzuführen. Das gelingt am sichersten, wenn der Umfang des kurzen schrägen Kopfdurchmessers (Diameter sub. occipitobregmatica) statt desjenigen des grossen (Kinn-Hinterhaupt) herabgeführt

wird. Dazu ist es zunächst nothwendig, das Kinn herabzuleiten. — Besteht ein räumliches Missverhältniss zwischen Kopf und Beckeneingang, so wird dasselbe um so eher überwunden, wenn das breite Hinterhaupt in der einen Beckenhälfte, seitlich von dem Engpass der Conjugata, heruntergeführt wird, den dann der schmale bitemporale Durchmesser zu passiren hat. — Ist der Kopf in das Becken hineingetreten, so wendet er sich in der Regel von selbst, oder wird mühevoll mit dem Gesicht nach hinten gedreht, also mit seinem geraden Durchmesser in den geraden Durchmesser der Beckenweite. Unter fortgesetzter Tieferführung des Gesichts und des Vorderhauptes an der Gleitbahn des Kreuz- und Steissbeines herunter folgt er über den Damm zu Tage, während das Hinterhaupt nach der Symphyse gerichtet ist. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es in erster Linie der Möglichkeit, die Bewegung des Kopfes sicher zu leiten. Eine solche erreichen wir nur dadurch, dass wir uns von der Zungenwurzel aus einen Halt an der Schädelbasis schaffen. Liegt der Mittelfinger hier, werden Zeige- und Ringfinger auf die Backen resp. an die Seite des Gesichtes bis nach den Ohren hin vorgeschoben, dann kann man den Kopf beliebig führen. Der Kopf wird mit dem graden Durchmesser in den Querdurchmesser des Beckeneingangs gestellt. Bei bequemen Grössenverhältnissen (normal grossem Kopf und normal weitem Becken) führt ihn ein leiser Druck mit der äusseren Hand nach unten. Diese äussere Hand ist vollkommen frei: es genügt hierzu in der Regel, sie auf den im Fundus liegenden Kopf zu legen. Besteht ein räumliches Missverhältniss, so wird der Kopf mit dem bitemporalen Durchmesser in die Conjugata des Beckeneingangs eingestellt, ehe die Aussenhand ansetzt resp. einen energischen Druck ausübt. Gerade diese Kraftentfaltung ist vielfach als ein Mangel des ganzen Verfahrens hingestellt worden. Man hat darauf hingewiesen, dass am Ende einer schwierigen Wendung, Entwicklung des Rumpfes und Lösung der Arme nur ungewöhnlich kräftige Menschen noch in der Lage sind, über das hierzu nöthige Kraftmaass zu verfügen. Ich kann nach meiner Erfahrung nur berichten, dass denen, welchen ich in der Praxis bei der Ausübung dieses Handgriffes assistirt habe, diese Kraft noch stets in ausreichender Stärke zur Verfügung stand. Legt man die äussere Hand flach auf den Fundus uteri, so kann man sehr gut, falls die Muskelkraft des Armes erlahmt ist, durch das Aufstützen des ganzen Oberkörper-

gewichtetes auf diese Hand die nöthige Expressionskraft ersetzen. In letzter Instanz ist auch gar nichts dagegen einzuwenden, dass ein Helfer, sei es ein Assistent, eine Hebamme oder ein Laie unter der Führung des Operateurs seine unverbrauchte Kraft einsetzt, wenn nur der Kopf durch die eingeführte Hand des Geburtshelfers den Verhältnissen entsprechend eingestellt und geleitet wird. Es waren nur seltene Ausnahmefälle bei sehr ausgesprochenem räumlichen Missverhältniss, in welchem ich diese Art der Führung mit einer entsprechend gesteigerten mit Kraftentfaltung der aussen aufgelegten Hand für die Vollendung der Entwicklung des Kopfes ungenügend gefunden habe. Dann verschiebt man den Kopf so am Promontorium, dass der breite Hinterkopf in den seitlichen Raum des Beckeneingangs, der schmale Vorderkopf in die Conjugata kommt und zieht an der Schädelbasis mit dem auf die Zungenwurzel aufgelegten Finger an. Der Kopf wird dabei entweder durch diesen Zug von unten und die Expression von oben direct in das Becken hinein gedrückt. Oder man wälzt ihn unter Nachahmung der Art des Durchtritts des Kopfes bei dem rhachitisch platten Becken um die Symphyse herum, sodass das nach hinten liegende Scheitelbein an dem Promontorium vorbeirotht. Den Weg, welchen das hinten liegende Scheitelbein genommen, lassen gelegentlich die nicht unerheblichen Druckspuren an diesem erkennen. Die löffelförmigen Eindrücke zeigten immer, dass es gelungen war, den Kopf mit dem bitemporalen Durchmesser in das Becken hineinzuführen. Die vordere Hälfte des Os parietale war am Promontorium vorbeigeglitten, das breite Hinterhaupt, mit dem biparietalen Durchmesser in den seitlichen weiteren Beckenraum. Gegenüber den unzutreffenden Darstellungen aller mir zu Gesicht gekommenen Lehrbücher der Geburtshülfe betone ich also, dass der combinirte Handgriff zur Herableitung des Kopfes durch den Beckeneingang bestimmt ist. Man legt den Mittelfinger bis auf die Zungenwurzel in den Mund, Zeige- und Ringfinger an die Seite des Kopfes. Dann gelingt es mühelos ihn zu führen, wie es die Sachlage erfordert, insbesondere den bitemporalen Durchmesser in die Conjugata, den biparietalen davon abseits, in den weiteren seitlichen Beckenraum einzustellen. Der Druck von oben schwankt je nach der Grösse des räumlichen Missverhältnisses. Für die grosse Mehrzahl der Fälle bedarf es nur eines sehr mässigen Druckes. In schwierigen Fällen unterstützt der Zug an der Zungenwurzel den Druck

von oben, eventuell unter Rotiren des Kopfes um die Symphyse. In den seltenen Ausnahmefällen, in welchen etwa die Kraft des Geburtshelfers versagt, auch sein Körpergewicht nicht genügt, ist unter der Leitung der freien Hand des Operateurs sehr gut die Kraft eines Andern einzuschieben.“

(Medicin. Klinik, 1905 No. 22.)

Tumoren. Die Rückbildung und Heilung der Myome durch

Faradisation zu erzielen, ist E. Witte (Berlin-Charlottenburg) gelungen. Auf Grund seiner Erfahrungen kann derselbe Folgendes sagen: Durch das Faradisiren werden Contractionen der Uterusmusculatur ausgelöst, die von den Pat. als Wehen empfunden werden. Die Contractionen bewirken bei energischer Durchführung der faradischen Behandlung Stillung lang anhaltender Blutungen; sie wirken ferner hemmend auf das Weiterwachsen des myomatösen Uterus und bedingen endlich eine Rückbildung der Geschwulst, ein völliges Verschwinden derselben. Nachtheile oder Gefahren bringt das Verfahren nicht, das auch sehr einfach ist. Autor hat in der Weise faradisirt, dass er die Uterussonde — die unteren 7 cm derselben gestatten eine Watteumwicklung, während nach oben hin durch einen kurzen Querbalken ein zu tiefes Eindringen in die Uterushöhle gehindert wird, — durch den Cervicalkanal in den Uterus einführt; die andere Elektrode liegt den Bauchdecken auf. Womöglich täglich Sitzungen 20—30 Minuten, mit einer Stromstärke, die ohne Belästigung und Schmerz gerade noch vertragen wird, allmählich aber gesteigert wird. Die Behandlung ist ambulant, die Pat. sollen sich sogar im Freien bewegen und weiter ihren häuslichen Pflichten nachgehen. In allen seinen Myomfällen der letzten zwei Jahre hat Autor nie Anlass gehabt, die Behandlung aufzugeben, behufs Operation. Die Faradisation erwies sich stets nicht nur als souveränes Mittel gegen die Blutungen, sondern es war dem Autor bisher noch immer möglich, in jedem Falle, wo es sich überhaupt um Myom handelte, die rückbildende Wirkung des faradischen Stromes nachzuweisen. Möglich wäre es ja, dass einmal die Rückbildung bei einer bestimmten Grösse Halt machte und nicht weiter fortschritte. Aber auch in einem solchen Falle könnte man ruhig bleiben. Man operirt ja heut Myome nur aus zwei Gründen: wegen lebensgefährlicher Blutungen und wegen der auf schnellem Wachsthum beruhenden ner-

vösen Druckbeschwerden. Ist also eine Blutung, die bei Myomatose bestand, verschwunden, hat ein Weiterwachsen der Geschwulst aufgehört und ist die letztere bis auf den dritten oder vierten Theil der ursprünglichen Grösse zurückgegangen, so liegt zu einem operativen Eingreifen kein Grund vor. Soll aber trotzdem operirt werden, nun, so lässt sich ein stark verkleinerter Tumor bei einer Frau, die hochgradig anaemisch war und seit Wochen sich erholt und gekräftigt hat, immer noch leichter und mit günstigeren Aussichten für den Dauererfolg operiren, als wenn keine faradische Behandlung vorher stattgefunden hat.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904, No. 45.)

— **Das Carcinom** bespricht Geh. Medicinalrath Prof. Dr. König (Berlin-Jena) und formulirt seine Anschauungen und Erfahrungen am Schlusse der Arbeit in folgenden Sätzen:

1. Das Carcinom ist eine Krankheit, welche überall wachsen kann, wo Epithel wächst, sei es in den Decken, sei es in Drüsen.

Primäres Carcinom kommt ausser im Epithel nirgends vor.

2. Das Carcinom muss für eine Zeitlang als rein örtliche Krankheit angesehen werden.

Der Satz ist sehr wichtig, weil die Menschen in der Regel glauben, dass die Krankheit, sobald sie Carcinom heisst, eine allgemeine und somit unheilbare sei.

Es ist unberechenbar, wie lange die Zeitdauer der örtlichen Krankheit bei dem Carcinom ist.

Daraus folgt der praktisch wichtige Satz, dass das Carcinom sobald wie thunlich entfernt werden muss, so wichtig, dass bei zweifelhafter Diagnose, ob gutartige Geschwulst, lieber die Operation sofort in der Art vorgenommen werden soll, als handle es sich um ein Carcinom.

Eine grosse Anzahl von Carcinomen verhält sich auch noch wie das örtliche, ist also heilbar, wenn nur die erreichbaren Drüsenteritorien erkrankt sind.

Metastasen schliessen die Heilbarkeit aus.

3. Ohne heilenden Eingriff verläuft das Carcinom auf dem Wege der Verallgemeinerung tödtlich.

4. Die Krebskachexie ist die Folge

a) der Vereiterung des Carcinoms,

b) der Verallgemeinerung;

a ist unter Umständen durch Operation heilbar.

5. Es giebt eine Disposition, eine Anlage zum Krebs.

a) Allgemeine Disposition giebt das Alter nach 40.

b) Specielle Disposition giebt:

a) Familienanlage.

Sie wird vererbt vom Vater auf die Kinder, auch vom Grossvater, die Kinder überspringend, auf die Enkel.

Es ist nicht möglich, über die Häufigkeit dieser Disposition etwas Bestimmtes zu sagen;

β) Trauma. Es giebt eine Anzahl von Fällen, in welchen man das Trauma als Krebsanlage machend annehmen muss. Doch muss directes Trauma vorausgegangen sein (Stoss, Schlag). Am sichersten sind die Fälle, bei welchen Geschwulst und Bluterguss direct der Entwicklung der Neubildung vorausgegangen sind;

γ) Geschwüre, welche gereizt werden. Zumal jauchende Geschwüre geben geeigneten Boden für Krebse ab;

δ) Steigerung der functionellen Thätigkeit einer Drüse (Mamma) giebt zuweilen Disposition zu Carcinom ab.

6. Ich habe keine Beweise dafür gesehen, dass der Krebs von Person zu Person übertragen wird. Von verschiedenen Seiten wird dies behauptet und auf den sogenannten Gattenkrebs hingewiesen.

Ich habe nie gesehen, dass ein Pfleger eines Krebskranken Krebs acquirirt hätte. Ich halte für wichtig, dies besonders hervorzuheben, da entsprechende Fragen dem Arzt oft gestellt werden.

Trotzdem rathe ich, beispielsweise nicht die Kleider zu tragen, welche ein Krebskranker direct vor dem Tode benützt hat, oder sie wenigstens energisch zu desinficiren.

Die Frage der Uebertragung ist in ärztlichen Kreisen neuerdings wieder besprochen worden, auch weil angeblich Thiere mit experimentell übertragbaren Geschwülsten sich, in engem Gewahrsam zusammen, angesteckt haben sollen.

Mir ist nie eine Häufung von Erkrankungsfällen vorgekommen, welche man als Epidemie hätte deuten können.

7. Ich halte das Carcinom für übertragbar in dem Sinne der Ueberpflanzung (Transplantation).

Dagegen ist mir nicht bekannt, dass Verimpfung ein Carcinom hervorgerufen hätte. Viele Chirurgen impfen sich acute Infectiouskrankheiten (Syphilis, Tuberculose) ein. Dagegen habe ich nie gehört, dass sich ein Arzt bei Verletzung bei Krebsoperation inficirt hätte.

8. Ich halte es nicht für richtig, mindestens nicht für erwiesen, dass sich die Zahl der Carcinomerkrankungen vermehrt hätte. Während wir heute durch unsere verbesserte amtliche Statistik genauere Carcinomzahlen haben, bestanden solche Zahlen vor 50 Jahren nicht oder nur sehr unvollkommen. Dazu kommt, dass heute, wo wir viel operiren und besser diagnosticiren, die bekannte Zahl der Krebse viel grösser ist als früher.

9. Die Ursache des Krebses ist uns unbekannt. Meiner Ueberzeugung nach ist es eine specifische. Ob sie parasitär ist, wissen wir nicht.

10. Die sicherste Behandlung des Krebses ist radicale Operation. Sie macht etwa 30⁰/₀ von Kranken gesund. Die Eigenthümlichkeit des ruhenden Keimes macht aber, dass zuweilen noch nach einer Anzahl von Jahren Recidive kommen.

11. Die modern vielfach geübte Röntgenbehandlung hat eine Anzahl kleinerer Krebse zur Heilung, einer Anzahl schwerer, anscheinend inoperabler Fälle hat sie Besserung gebracht. Wenn man sie anwenden will (wir rathen in erster Linie zu radicaler Operation), so mache man den eventuellen Versuch einer Bestrahlung bei kleinen, zumal bei Hautcarcinomen; einen umfangreichen Versuch bei ausgedehnten unheilbaren, dem Messer nicht mehr zugänglichen Carcinomen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 19.)

Vermischtes.

- **Die Kaiser Friedrich Quelle** (Offenbach a. M.), welche vor Jahren eine Ladung ihres Productes unseren Kämpfern in China spendete, und vor kurzem 10000 Kilo Mineralwassers dem hessischen Landesverein vom Rothen Kreuz für unsere Truppen in Südwestafrika zur Verfügung stellte, stiftete neuerdings den kämpfenden Truppen auf dem ostasiatischen Kriegsschauplatze als Liebesgabe eine 10000 Kilo-Ladung „Kaiser Friedrich Quelle“. — Die Waggon-Ladung ist bereits vom Central-Depôt der deutschen Vereine vom Rothen Kreuz in Neubabelsberg weiter befördert worden.

- Ueber **moderne Baldrian-Präparate** handelt eine Arbeit von Dr. A. Beddies (Berlin), in der ein neues, von der Chem. Fabrik Helfenberg durch Destillation gewonnenes Präparat *Valofin* als ideales Baldrianpräparat warm empfohlen wird. Dasselbe vereinigt in sich die wirksamen Bestandteile des Baldrians und der Pfeffermünze, ist sehr billig und nicht so übel-schmeckend, wie andere Baldrianpräparate. Vermischt man 15—25 Tropfen Valofin mit einer Tasse heissen Zuckerwassers, so erhält man ein Getränk, welches die Wirkung eines frischen Aufgusses aus Baldrianwurzel und Pfeffermünze entfaltet, ohne dass der penetrante Geruch und Geschmack des Baldrians auffallend in Erscheinung träte; dasselbe ist der Fall, wenn man Valofin einfach auf Zucker träufelt. Mehrjährige Erfahrung hat gelehrt, dass Valofin besonders in der Kinder- und Frauenpraxis vorzügliche Dienste leistet, so bei Kindern bei allen Magen- und Darmkrankheiten, colik- oder krampfartiger Natur, Blähungen, Aufregungszuständen, bei Frauen bei allen schmerzhaften Menstruationsbeschwerden, bei den Beschwerden des Climacteriums und der Schwangerschaft, bei Migräne, Hysterie, nervösen Herzbeschwerden, nervöser Schlaflosigkeit, Neuralgien, Aufregungszuständen, Darmkoliken u. s. w.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1905 Heft 8.)

— **Die Glasfeder, ein praktisches Instrument zur Application flüssiger Aetzmittel**, empfiehlt Dr. Hammer (Stuttgart).

Es ist dies ein zugespitzter, mit spiraligen Rinnen versehener Glasstift, der als „Glasfeder“ zum Schreiben mit Tinte benützt wird und von der Firma A. W. Faber, Berlin W., Friedrichstr. 79, dutzendweise zu billigem Preise zu beziehen ist. Bei *Lupus* sticht Autor mit der Glasfeder in die Knötchen ein und stopft dann sofort, ebenfalls mit der Feder, Watte in die Oeffnung, den Wattetampon fortwährend mit Acid. carbolic. liquefact. tränkend. Die Fixirung der carbolgetränkten Watte geschieht mit Watte und Collodium. Die Procedur ist von keinerlei entzündlicher Reaction gefolgt, wenn man den Tampon nicht länger als 24 Stunden belässt. Nachdem man die Aetzung einige Tage hintereinander wiederholt hat und eine glatte, lochförmige Wundhöhle erzielt ist, überhäutet sich die letztere sehr rasch. Der Druck der Watte lässt übermässige Granulationsbildung nicht aufkommen, sodass die Narbenbildung auch bei oft wiederholter Aetzung eine ideal glatte und weiche ist. Auch bei kleinen *Epitheliomen* der äusseren Haut ist diese Methode zu verwenden, und ganz vorzügliche Resultate gibt sie bei der *Verruca necrogenica*, wo sie für den Finger eines Arztes wegen des minimalen Wattecollodiumverbandes beinahe ideal zu nennen ist. Sehr schön lässt sich ferner die Neisser'sche Aetzung des *Ulcus molle* mit flüssiger Carbolsäure mit der Feder vornehmen, endlich auch das Tamponiren und Aetzen von Fistelgängen.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1906, Bd. 40 No. 8.)

- **Zur Technik der Jodipininjectionen** berichtet San.-R. Dr. Pelizaeus (Oeynhausen), dass er einen Apparat construirt hat, der die Technik wesentlich vereinfacht. Eine kleine Spirituslampe erwärmt etwa 50—60 g kaltes Wasser in einem Nickelcylinder in einer Minute auf 40—45°. Ein kleines im Inneren angebrachtes Thermometer zeigt die Temperaturgrade an. Ehe man die Lampe anzündet, steckt man die mit Jodipin gefüllte Spritze, die mit einem geschlossenen Conus verschraubt ist, damit der Inhalt nicht mit dem Wasser in Berührung kommt, in das Gefäss hinein. Zeigt das Thermometer 39—40°, so löscht man die Flamme aus und wartet noch einige Minuten, ehe man die Spritze herausnimmt, damit die ganze Masse sich gleichmässig erwärme. Die Firma Evens & Pistor hat den Apparat in einem handlichen Etui mit Spritze und

passenden Canülen zusammengestellt, in dem sich auch eine weithalsige Flasche für 100 g Jodipin und ein kleines Röhrchen zur sterilen Aufbewahrung der Canülen in Aether befindet. (Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 16.)

- **Eine sehr einfache Vorrichtung zur Fixirung der Schulter zwecks Mobilisirung des ankylosirten Schultergelenks** empfiehlt Dr. Taendler. Die grösste Schwierigkeit bei Mobilisirungsversuchen an versteiften Schultergelenken bietet stets die Fixirung der Schulter, resp. des Schulterblatts. Letzteres geht schon bei der geringsten Erhebung des Armes nach seitwärts mit, d. h. die Erhebung wird nicht im Schultergelenk ausgeführt, sondern der gesammte Schultergürtel, einschliesslich des Schulterblattes betheiligte sich an derselben. Um nun diese Mitbewegung auszuschalten, und den Verletzten zu zwingen, die Erhebung lediglich im Schultergelenk auszuführen, sind eine Unzahl complicirter Apparate erfunden worden, die ja für Institute recht brauchbar sind. Für den prakt. Arzt genügt eine billige, einfache, sehr zweckmässige Methode, die sich dem Autor bei Hunderten von Verletzten bewährt hat. Sie besteht darin, dass man einen, etwa 6—8 cm breiten Lederriemen, der unten in eine ca. 30 cm lange Schlinge ausläuft, an dem einen oberen Ende mit einer Schnalle versieht, durch welche das andere Ende des Riemens läuft, sodass auf diese Weise der Riemen länger oder kürzer gestellt werden und so der Grösse des zu Behandelnden angepasst werden kann. Der Pat. tritt nun mit dem der zu behandelnden Seite entgegengesetzten Fusse in die unten befindliche Schleife, diese dadurch fixirend. Der Riemen läuft dann an der Rückenseite herauf schräg über den Körper zu der zu fixirenden Schulter, legt sich über diese hinweg nach vorn und läuft dann an der Vorderseite durch das mit einer Schnalle versehene vordere Ende des Riemens. Hier wird der Riemen je nach der Grösse des Pat. festgeschnallt. Nun kann Pat. alle activen und passiven Uebungen mit dem betreffenden Arme ausführen, ohne dass der Schultergürtel nach oben oder seitwärts ausweichen kann, denn durch den mit dem Fusse am Boden fixirten Riemen hat Pat. es selbst in der Gewalt, die Schulter zu fixiren. Dadurch, dass der Riemen von der entgegengesetzten Seite hinten über die Schulter läuft, ist ein Abgleiten verhindert und ein stärkerer Zug auf das Schulterblatt möglich.

(Monatsschrift f. orthopäd. Chirurgie u. physikal. Heilmethoden 1905 No. 4.)

Bücherschau.

— Von zwei bei Urban & Schwarzenberg (Wien u. Berlin) erschienenen Werken sind Neuauflagen erschienen. In 4. *Auflage* liegt das **Lehrbuch der Kinderheilkunde** von B. Bendix vor (Preis: 12 Mk.). Das Buch hat schnell seinen Weg gemacht, erst vor drei Jahren wurde es zum dritten Male aufgelegt. Es verdient aber auch mit Recht diese Verbreitung, da es ein vortreffliches Buch für den Praktiker ist und dessen Bedürfnissen von der ersten bis zur letzten Seite Rechnung trägt. Auch in dieser Auflage sind der Text und die Abbildungen vermehrt worden und verschiedentliche Veränderungen, dem neuesten Standpunkt der Wissenschaft entsprechend, vorgenommen worden. Als neue Kapitel sind zu nennen: die Abhandlungen über das infantile Myxoedem, das Erythema infectiosum und die Filatow-Duke'sche Krankheit. — M. v. Zeissl's **Diagnose und Behandlung der Venerischen Erkrankungen** (Preis Mk. 7.50). Hatte das Buch ursprünglich nur die männliche Gonorrhoe und deren Complicationen berücksichtigt, in der 2. Auflage (1902) auch den Tripper des weiblichen Urogenitals zur Besprechung gebracht, so zeigt die jetzt vorliegende 3. *Auflage* abermals eine Erweiterung des Inhalts, indem auch dem weichen Schanker und der Syphilis eine kurze, aber die wichtigsten That-sachen umfassende Schilderung gewidmet ist. Den breitesten Raum nimmt natürlich der männliche Harntripper ein, und ist hier jedes einzelne Capitel eingehend besprochen, wobei stets auf die Bedürfnisse des Praktikers voll und ganz Rücksicht genommen worden ist. Aber auch die anderen Abschnitte des Buches sind so geschrieben, dass der Leser sich ausgezeichnet über alles Wissenswerthe orientiren kann.

— **Pearson's Westentaschen-Kalender für Aerzte.** Die Vasogenfabrik Pearson & Co. in Hamburg versendet, wie alljährlich um diese Zeit, an sämtliche Aerzte gratis diesen sehr praktischen Kalender, welcher vielen Kollegen namentlich in der heissen Jahreszeit als Ersatz für die umfangreichen und schweren Medicinalkalender willkommen sein wird. Wer ihn noch nicht erhalten hat, wird gebeten, seine Adresse per Postkarte der genannten Firma mitzutheilen.

~~~~~  
Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottan.

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

N<sup>o</sup> 11.

Preis des Jahrgangs 4 Mk  
excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

August

XIV. Jahrgang

1905.

## **Anaemie, Chlorose.** Studien über das neue Eisen-Ei-

weisspräparat „Eisen-Roborat“ publiciren Dr. F. Schmidt (Nieuwe Schans) und Dr. E. Krüger (Göttingen). Zunächst wurden an diesem von H. Niemöller in Gütersloh dargestellten Präparat analytische Studien gemacht, die sehr zu Gunsten des Präparates ausfielen. Thierexperimente zeigten dann, dass das Eisen-Roborat ganz erheblich den Appetit zu steigern vermag, dass es dabei für Magen und Darm gänzlich unschädlich und selbst in hohen Dosen relativ ungiftig ist, dass ferner das Eisen darin thatsächlich assimiliert wird. Therapeutische Versuche an anaemischen und neurasthenischen Kranken, vorzüglich aber bei chlorotischen Mädchen, ergaben ebenfalls die Vorzüge des Präparates. Vor allem trat die appetitanregende Wirkung eclatant hervor. Das Präparat wurde von Seiten des Magendarmcanals ohne alle Beschwerden vertragen, ja es regelte sogar Verdauung und Stuhlgang. Es hob ferner rasch die Zahl der rothen Blutkörperchen und den Haemoglobingehalt des Blutes und übte endlich einen überaus günstigen Einfluss aus auf das Nervensystem. Vor allem bei der Behandlung der Pubertätschlorose bewährte sich Eisen-Roborat ausserordentlich.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1905 No. 40.)

- **Bioferrin bei kleinen anaemischen Kindern** hat Dr. W. Nebel (Versorgungshaus für Mütter und Säuglinge in Haan) mit bestem Erfolge gegeben. Aus den Versuchen ging mit



Evidenz hervor, dass Bioferrin ein sehr beachtenswerthes Eisenpräparat ist, das besonders in der Kinderpraxis wegen seines angenehmen Geruches, Geschmackes, seiner flüssigen Form und schönen, klaren Farbe und ferner seiner guten Ausnützbarkeit gerade in kleinen Gaben, zu weitester Verbreitung berufen erscheint.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 24.)

- **Ueber die Indicationen und Contraindicationen der Anwendung von Eisenpräparaten bei Magenkrankheiten** lässt sich Dr. H. Elsner (Berlin, Boas'sche Poliklinik) aus. Nachdem sich herausgestellt hat, dass Eisen häufig reizend und in grösseren Dosen ätzend auf die Schleimhaut des Magendarmcanals wirkt, hat man sich genöthigt gesehen, das Anwendungsgebiet der Eisenpräparate erheblich einzuschränken und für ihren Gebrauch bestimmte Indicationen und Contraindicationen aufzustellen, sowie in der Wahl des Eisenpräparates selbst eine gewisse Vorsicht walten zu lassen. Ganz allgemein hat man den Gebrauch des Eisens bei dyspeptischen Zuständen für unzulässig erklärt, lediglich auf die Beobachtung gestützt, dass Eisen bei zahlreichen Pat. dyspeptische Beschwerden hervorruft. Aber anders liegen doch die Verhältnisse da, wo wir bei bereits bestehenden dyspeptischen Erscheinungen vor die Frage gestellt sind, ob Gebrauch eines Eisenpräparates im gegebenen Falle statthaft ist oder nicht. Die Beziehungen zwischen Anaemie und Chlorose einerseits und dyspeptischen Zuständen andererseits sind ja so zahlreich, die Zahl der Chlorotischen, welche Dyspepsie aufweisen, eine so grosse, dass, wollte man das ganz allgemein gehaltene Verbot von Eisenpräparaten bei Dyspepsie befolgen, man einer grossen Reihe von Chlorotischen ein wichtiges therapeutisches Agens entziehen würde. Autor hat nun diesbezügliche Untersuchungen angestellt, und zwar mit *Perdynamin*, einem glycerinfreien Haemoglobinpräparat, das angenehm schmeckt und, wie zahlreiche Fälle bewiesen, rasche Zunahme des Haemoglobingehaltes des Blutes bewirkt. Das Vorhandensein subjectiver Magenbeschwerden giebt an sich noch keine Contraindication gegen die Anwendung des Perdynamins ab; eine grosse Reihe Chlorotischer vertrug das Präparat trotz vorhandener Magenbeschwerden. Als Richtschnur für die Anwendung resp. Nichtanwendung eines Eisenpräparates darf überhaupt im Einzelfalle nur der objective Untersuchungsbefund dienen. Ergiebt derselbe das Vorhandensein einer

organischen Erkrankung, besonders eines *Ulcus ventriculi*, oder besteht auch nur der Verdacht eines solchen, so muss man Eisen fernhalten. Man wird also in jedem Falle von Dyspepsie vor Anwendung von Eisen eine functionelle Untersuchung des Magens vorzunehmen haben! Nach *Perdynamingenuss* fand nun Autor in der Mehrzahl der Fälle eine mehr oder minder ausgesprochene Steigerung der Secretion; *Perdynamin* vermag also einen Reiz auf die Magendrüsen nach dieser Richtung hin auszuüben. Eine analoge Wirkung liess sich beobachten, wenn man die Secretion nach längerem *Perdynaminge*brauch von neuem prüfte. Die klinische Erfahrung hat nun gelehrt, dass bei Chlorotischen alle Formen der Secretionsstörungen vorkommen können, vom völligen Fehlen des Magensaftes bis zur excessiv gesteigerten Secretion. Für die ersteren Fälle wird man also *Perdynamin* als geeignetes Präparat betrachten können, für die letzteren keineswegs. Autor konnte auch wiederholt beobachten, dass bei Hyperacidität *Perdynamin* schlecht vertragen wurde und die Beschwerden steigerte. Ob und in wie weit die secretionssteigernde Wirkung des *Perdynamins* auch anderen Eisenpräparaten zukommt, bleibt zu prüfen. In weit geringerem Grade als functionelle Secretionsstörungen sind Störungen der motorischen Magenfunction, insbesondere atonische Zustände, für die Frage der Eisendarreichung von Bedeutung. Hier, wie auch bei den reinen nervös-dyspeptischen Zuständen der Chlorotischen, muss man sich auf die klinische Beobachtung stützen und in Ermangelung eines anderen Kriteriums subjective Momente im Befinden des Pat. als massgebend ansehen. Autor fasst seine Erfahrungen wie folgt zusammen:

1. Dyspeptische Erscheinungen sind an sich keine Contraindication gegen die Anwendung eines Eisenpräparates.
2. Bei Vorhandensein dyspeptischer Beschwerden hat der Anwendung eines Eisenpräparates in jedem Falle die functionelle Untersuchung des Magens voranzugehen.
3. Contraindicirt ist die Anwendung eines Eisenpräparates
  - a) bei organischen Erkrankungen des Magens,
  - b) bei Hyperacidität oder Hypersecretion,
  - c) wenn vorhandene dyspeptische Beschwerden bei Eisengebrauch eine Steigerung erfahren.

4. Das Perdynamin wird bei functionellen Magenerkrankungen in der Mehrzahl der Fälle gut vertragen, im besonderen erscheint es für Fälle von secretorischer Insufficienz geeignet, da es im Stande ist, die Magensaftsecretion anzuregen.

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1905.)

— **Zur Technik der Atoxylinjectionen** giebt Dr. M. Pickardt (Berlin) einen beherzigenswerthen Rathschlag. Atoxyl übt unzweifelhaft auf Blutzusammensetzung und Stoffwechsel einen sehr günstigen Einfluss aus und sind die Atoxylinjectionen als hervorragende Bereicherung unseres Arzneischatzes anzusehen. Leider machen dieselben manchmal Schmerzen, bisweilen erst stundenlang nach der Einspritzung. Dem vorzubeugen gelingt oft durch vorangehende locale Anaesthesirung. Autor zieht die Pravaz'sche Spritze aus der erwärmten 20%igen AtoxylLösung bis etwa 0,7—0,8 ccm voll und zieht dann den Rest des Kolbens aus einer 1,5%igen Sol. Eucain. mur. oder lactic. auf. Wenn man dabei ruhig verfährt, mischen sich die beiden Flüssigkeiten nicht. Dann drückt man bei der Injection erst die Eucainlösung heraus, wartet  $\frac{1}{2}$  Minute und spritzt dann in 2—3 Absätzen die AtoxylLösung ein.

(Die ärztliche Praxis 1905 No. 12.)

### **Augenentzündungen. Argent. citricum, Itrol Credé**

**pro oculis bei A.** empfiehlt Dr. F. R. v. Arlt (Wien). Argent. citric. ist ein sehr heikler Körper, es muss wie ein photographisches Papier behandelt werden. Denn es ist sehr leicht zersetzbar, gegen Licht und Feuchtigkeit äusserst empfindlich. Auch muss es für die Augenbehandlung ganz fein gepulvert sein. Die Firma v. Heyden bringt das Itrol jetzt in schwarzen Flaschen mit 0,5 und 1 g Inhalt als „Itrol Credé pro oculis“ in den Handel. Wenn man diese unter doppeltem Verschluss aufbewahrt, gleich nach dem Oeffnen wieder schliesst, so halten sie sich 14 Tage unversehrt. So frisch erhalten, stellt Itrol ein hervorragendes Therapeuticum für die Augenpraxis dar. Besonders werthvoll ist es bei der Behandlung der *Ophthalmoblennorrhoea neonatorum*. Nach sorgfältiger Reinigung des Auges (mit reinem Wasser) wird Itrol auf der ganzen Fläche der umgestülpten Lider möglichst gleichmässig und ziemlich reichlich (ca. 0,005—0,015) vertheilt, die Lider dann wieder in normale Lage gebracht und

nach einigen Minuten der Ueberschuss an Itrol mit angefeuchteter (reines Wasser) Watte abgewischt (ohne Umstülpen der Lider). Das muss, besonders in den ersten Tagen, mehrmals täglich vom Arzte gemacht werden. In der Zwischenzeit ( $\frac{1}{4}$  —  $\frac{1}{2}$  — 1 stündlich) muss das Wartepersonal das Auge sanft öffnen und mit Kal. permang. (1:1000—4000) sorgsam reinigen. Da reichliche Zufuhr frischer kühler Luft wichtig ist, dürfen Compressen, Umschläge, Verbände nicht applicirt werden. Bei dieser Behandlung hat Autor sehr rasch Heilung erzielt, nie Complicationen gesehen und kein Auge verloren (124 Fälle). Auch die *prophylaktische* Anwendung des Itrol bewährte sich bestens; bei ca. 150 Fällen, darunter gegen 20 mit evidenter Blennorrhoea vaginalis, sah Autor keine Infection des Kindes. Bestreuung mit Itrol leistete ferner bei *Conjunctivitis follicularis*, *catarrhalis*, *croupösa*, *diphtheritica*, *lymphatica* recht gute Dienste, desgleichen bei *Ulcus corneae*.

(Aerztl. Central-Ztg. 1905 No. 3.)

- **Zur Heufieberconjunctivitis** weist Dr. O. Neustätter (München) auf eine Verwechselungsmöglichkeit hin. Ein Fall von starker Heufieberconjunctivitis, den Autor schon seit zwei Jahren beobachten kann, trat diesmal in einer Form auf, dass eine *Verwechselung mit Trachom* sehr leicht wäre. Starke Follikel in der undurchsichtigen, dunkelrothen, bis nahe an die Hornhaut geschwellten Schleimhaut, und zwar am meisten wohl in dem unteren, aber auch im oberen Conjunctivalsack und sogar auf dem Randtheil des Tarsus erinnerten aufs Entschiedenste an mittelschwere, mehr acut auftretende Formen des Trachoms. Nur der Tarsus selbst war nicht von den gelblichen Körnchen durchsetzt und die Conjunctiva weniger gelatinös-serös durchtränkt. Thatsächlich war der Patient schon wegen Trachoms behandelt, unnöthig mit dem Cuprumstift gequält worden. Der Patient hatte in der letzten Heufieberzeit die gleichen, wenn auch nicht so starken Follikel; sie waren in der Zwischenzeit wieder verschwunden.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 23.)

### **Blutungen. Ueber periodische B. der oberen Luftwege**

theilt Doc. Dr. E. Baumgarten (Budapest) seine Beobachtungen mit. Es handelt sich bei diesen B. fast ausnahmslos um das weibliche Geschlecht, wo auch in den

Genitalien sich gewisse periodische Vorgänge abspielen, die mit den B. im Zusammenhange stehen. Die periodischen B. treten am häufigsten als Vorboten der Menstruation auf, aber auch in der Schwangerschaft, zur Zeit der Involution u. s. w. In der Regel erfolgen sie aus der Nase, seltener aus Kehlkopf oder Luftröhre, am seltensten aus dem Rachen. Nach seinen Beobachtungen kann Autor folgende Eintheilung dieser periodischen B. machen:

1. *B. vor Eintritt der Menstruation.* Betreffen meist ältere anaemische Mädchen, bei denen der Eintritt der Menstruation sich verspätet. B. erfolgten als Vorboten der Menstruation, die dann nach vier oder meist nach acht Wochen eintrat.

2. *B. an Stelle der Menstruation.* Reine vicariirende B. sind sehr selten.

3. *B. zur Zeit der Menstruation* können auftreten:

a) *Vor der Menstruation.* Sind recht häufig. B. erfolgen unmittelbar vor der Periode, die sich in einigen Stunden einstellt;

b) *während der Menstruation.* B. sind meist gering und kommen in der Regel aus der Nase.

4. *B. während der Schwangerschaft.* Nur in der ersten Hälfte der Schwangerschaft.

5. *B. während der Involution.* Nicht gar so selten im Beginne des Climacteriums.

(Wiener med. Presse 1905 No. 18.)

— **Zur Prophylaxe und Therapie der Lungenblutungen** ergreift Dr. H. Naumann (Reinerz-Meran) das Wort. Derselbe hat sich des Eindrucks nicht erwehren können, dass manche Blutung sich nur deshalb lange hinzieht und nur darum immer wieder recidivirt, weil der Gefässapparat sich oft in zu rapider Weise wieder füllt und der Blutdruck zu schnell wieder ansteigt. Es wurde daher überall da, wo das ursächliche Moment für die Haemoptoe in hohem Blutdruck oder in einem allgemeinen plethorischen Zustande zu liegen schien, aller Nachdruck auf die Bekämpfung dieses aetiologicalen Factors gelegt. Hinsichtlich der Diaet ist hierbei die Verminderung der Flüssigkeitsaufnahme von grösster Bedeutung. Zunächst wurde von dem traditionellen Eisstückchenschlucken ganz abgesehen, weil die hierbei in den Körper aufgenommene Flüssigkeitsmenge oft durchaus keine geringe ist, namentlich aber wurde, und ganz besonders während der ersten Tage der Blutung, auf die

Verabreichung eines möglichst geringen Milchquantums Werth gelegt, ja, oft wurde die Milch überhaupt fortgelassen. Der Kranke muss sich dann für einen oder auch mehrere Tage mit hartgekochten kalten Eiern begnügen, die im Interesse leichter Verdaulichkeit fein gehackt und löffelweise in kleinen Portionen gereicht werden. Erst später wird wieder Milch gestattet, dann aber für den Anfang auch nur in kleinen Quantitäten, die von Tag zu Tag etwas vermehrt werden. Durch Anwendung dieser Ernährungsweise, die eine Art von Trockencur darstellt, wird die Bildung eines Thrombus an der Stelle der Gefäßlaesion jedenfalls weniger gestört werden, als bei schneller Füllung des Circulationsapparates und rasch sich hebendem Blutdrucke. Selbstverständlich muss auch sonst alles vermieden werden, was, wenn auch nur vorübergehend, zur arteriellen Drucksteigerung führen könnte.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1905 No. 9.)

### **Epilepsie. Ein Fall von Simulation epileptischer Krämpfe**

bei einem 13jährigen Schulknaben wurde von Dr. Aronheim (Gevensberg) beobachtet. Pat. hatte, als 11jähriges Kind einen Anfall von Convulsionen und Bewusstlosigkeit gehabt, den Autor auf einen Bandwurm zurückführte. Derselbe ging auch auf eine entsprechende Cur ab, das vorher schlechte Allgemeinbefinden hob sich wieder. Seit dieser Zeit bekam Pat. weitere Anfälle, die der Beschreibung nach epileptische sein mussten; die Aetologie blieb dunkel. Die Anfälle wiederholten sich immer häufiger, der Knabe musste immer wieder vom Schulbesuche befreit werden; ging er in die Schule, so bekam er dort Anfälle und musste nach Hause geschickt werden. Das ging so etwa zwei Jahre lang, bis endlich Autor einmal durch Zufall Zeuge eines solchen Anfalles wurde. Pat. lag da, mit den Zähnen knirschend, stöhnend, schreiend, trat mit den Füßen gegen das Bettende, schlug mit den Händen rhythmisch auf die Bettdecke, drehte sich nach links oder rechts oder krümmte sich nach vorn, blies die Backen auf, hielt aber die Augenlider fest geschlossen. Gesicht nicht blasser wie sonst, nicht cyanotisch. Sämmtliche Bewegungen willkürliche, nicht krampfhaft. Autor liess die Lidränder auseinanderziehen und constatirte promptes Reagiren der Pupillen auf Lichteinfall und normalen Hornhautreflex. Nach einiger Zeit riss der Junge mit lautem Schrei die Augen auf, setzte sich aufrecht und sah

verwundert um sich. Autor sagte ihm auf den Kopf zu, dass er gesund sei und von jetzt ab keinen Anfall mehr haben werde. Ein paar Ohrfeigen des Vaters vervollständigten die Therapie, der Junge blieb von da ab gesund. — Hysterische Stigmata waren bei dem Knaben nicht vorhanden. Seit jenem ersten Anfälle geschont und verwöhnt, hatte er, um vom Schulbesuche dispensirt zu werden, ganz raffinirt die Anfälle simulirt. Der Fall zeigt wieder, dass man mit der Diagnose E. sehr vorsichtig sein und auch bei Kindern die Worte Stempel's beherzigen muss: „Keine Krankheit bietet in Bezug auf ihre sichere Diagnose und ihre Beurtheilung derartige Schwierigkeiten, wie die E. Unter keinen Umständen ist es zulässig, die Diagnose nur auf die Versicherungen und Beschreibungen des Kranken oder seiner Angehörigen hin zu stellen, dieselbe muss vielmehr in allen den Fällen, in welchen typische Anfälle von dem begutachtenden Arzte nicht beobachtet worden sind, in suspenso bleiben, und kann zu ihrer Sicherung nur die Krankenhausbeobachtung das einzige probate Mittel sein.“

(Münchener med. Wochenschrift 1905 Nr. 10.)

- **Zur Therapie der E.** theilt Dr. Alfr. Fickler (Prov. Irrenanstalt Kosten) seine Erfahrungen mit. Er hat die verschiedensten gegen E. empfohlenen Methoden nachgeprüft. So die Ceni'sche Serumbehandlung und das Opocerebrin-Poehl, beide mit durchaus negativem Erfolge. Lithium carbonicum, von Krainsky empfohlen, setzte die Anfälle beträchtlich an Zahl herab, dagegen zeigten die Pat. bedeutende Verschlechterungen auf psychischem Gebiete: hochgradige Verlangsamung aller psychisch-motorischen Vorgänge bis zu völligem Sopor. Die hypochlore Brombehandlung (Toulouse-Balint) heilt ebenfalls nie die E. und bringt dabei den Pat. derartige Gefahren, dass sie bereits fast allgemein aufgegeben worden ist. Der Heilwerth des Broms selbst ist überhaupt vielfach in Zweifel gezogen worden. Wenn man die Resultate betrachtet, die an des Autors Anstalt während eines Decenniums (1893—1902) mit der systematischen Darreichung von Brom in Form des Erlenmeyer'schen Bromsalz-Gemisches gemacht wurden, so muss man ebenfalls an der therapeutischen Wirkung des Broms sehr zweifelhaft werden. Von 389 Pat. wurden nur 26 als soweit gebessert entlassen, dass sie einer Erwerbsthätigkeit wieder nachgehen konnten, und nur bei drei von diesen 26 Fällen konnte man von einer „wahrscheinlichen“ Heilung reden. Um die therapeutische

Wirkung eines Mittels bei E. festzustellen, ist es nöthig, dass vor wie während Verabreichung des Mittels die Lebensverhältnisse die gleichen bleiben, insbesondere auch die Kost nicht verändert wird, und dass die Pat. mindestens ein Jahr lang unter keiner Medication gestanden haben und mindestens während dieses Zeitraumes hinsichtlich der Psyche und der Zahl der Anfälle genau beobachtet worden sind. Von diesen Gesichtspunkten aus behandelte Autor zehn Epileptiker drei Monate hindurch mit täglich 5 g Bromsalzen. Bei allen gingen dabei die Anfälle an Zahl zurück, und zwar in der Anfangszeit meist am stärksten, um dann allmählich wieder langsam anzusteigen. In den meisten Fällen trat eben sehr bald eine Gewöhnung an das Brom ein und seine Darreichung wurde völlig nutzlos. Autor hält daher eine *periodische Brombehandlung* bei E. für angezeigt, besonders in den Fällen, in welchen periodisch zahlreiche Anfälle im Verlauf weniger Tage auftreten, und in solchen, in denen in einzelnen Monaten zahlreichere Anfälle sich zeigen, während andere relativ frei davon bleiben. In der anfallsreichen Zeit ist dann eine Brombehandlung rationell. Die Hauptaufgabe der Behandlung bleibt ja stets die möglichste Ausschaltung jedes Reizes psychischer oder materieller Natur. Oft hilft allein ein Anstaltsaufenthalt ohne jede sonstige Behandlung, hat eclatanten Rückgang der Anfälle und Besserung der Psyche zur Folge; das regelmässige, ruhige, sorgenlose Leben, die Unmöglichkeit alkoholischer, sexueller u. a. Excesse, die verständnisvolle Behandlung wirken zweifellos vorzüglich auf den Epileptiker ein. Auch ausserhalb der Anstalt sollte man nach Möglichkeit ebenso verfahren und auch materielle Reize (Alkohol, Tabak, Gewürze etc.) ausschalten, Milchdiät oder wenigstens vorzugsweise vegetabilische Kost verordnen; erst in zweiter Linie kommt dann die Brommedication.

(Pharmakologische u. therapeutische Rundschau 1905 No. 11.)

### **Fremdkörper. Wie entfernt man instrumentell F. aus**

**Ohr und Nase?** Nach Dr. Reinicke (Tangermünde) am besten mit der kalten Schlinge. Wer eine solche nicht besitzt, nehme einen feinen Stahldraht von 10 cm Länge, biege ihn zu einer länglichen Schlinge und führe die Enden in einen kleinen hölzernen Handgriff. Man hat dann ein ganz vorzügliches Extractionsinstrument, das selbst bei ungeberdigen Kindern keine Verletzung schaffen kann und



die verschiedenst beschaffenen F. aus allen Tiefen der Nase und des Ohres meist spielend leicht herausbefördert. Die Schlinge ist so fein, dass sie sich leicht hindurchschiebt, wo nur die kleinste Lücke zwischen Wand und F. ist, vermöge ihrer Elasticität sucht sie sich event. selbst ihren Weg, kurz sie ist ein vorzügliches Instrument.

(Medico 1905 No. 7.)

- Ein interessanter **Fall eines F. im Brustfellsack** wird von Dr. W. Biehler (Chirurg. Klinik in Warschau) wie folgt beschrieben:

„Am 4. August 1904 wurde in die Klinik der 42jährige Tagelöhner Michael W. gebracht. Derselbe arbeitete an diesem Tage in einer Tischlerei und hatte sich mit der Kreissäge an der rechten Brustseite verletzt. Der Kranke klagte über starke Schmerzen in der rechten Brustseite, besonders in der Gegend der Wunde; die Schmerzen steigern sich besonders beim Bewegen der rechten oberen Extremität. Der Kranke giebt an, dass er mehrmals beim Husten Blut ausgeworfen hätte. Bei der Untersuchung stellte sich heraus, dass der Kranke eine 4—5 cm lange, wagerecht verlaufende Risswunde in der rechten unteren Schlüsselbeingegend, 2 cm unter dem Schlüsselbeine, dicht am Ansatz des Musculus deltoideus empfangen hatte. Auscultatorisch und percutorisch keine Veränderungen an der Lunge zu finden. Der Auswurf beim Husten enthält kein Blut. Kein Fieber. Die Wunde wurde oberflächlich gereinigt und verbunden. Am Abend steigt die Körperwärme auf 39,0°. Am nächsten Tage, am 5. August, beträgt die Temperatur am Morgen 36,6°, der Puls 100. Beim Percutiren ist eine leichte Dämpfung in der Gegend des rechten Schulterblattes zu constatiren. Beim Auscultiren in dieser Gegend, sowie um die Wunde herum, hört man deutliche Reibe- und Rasselgeräusche, die Athmung ist verschärft. Es hat sich ein Hautemphysem fast um die ganze rechte Brusthälfte entwickelt. Deutlich ausgesprochener Localschmerz in der Gegend der zweiten Rippe vorn unter dem Schlüsselbein, etwas nach innen von der Wunde, so dass Verdacht auf Rippenfractur vorlag. Der Kranke klagt über starke Schmerzen; bekommt Morphin und Coffein. Der Auswurf enthält kein Blut. Die Temperatur steigt am Abend auf 38,2°. Dieser Zustand dauerte 10 Tage. Die Temperatur schwankte am Morgen zwischen 36,6 und 38,0; am Abend zwischen 37,4 bis 39,8; Puls zwischen 100 und 120. Das Haut-

emphysem hat sich allmählich zurückgezogen. Die Dämpfung in der rechten Schulterblattgegend ist allmählich ganz deutlich geworden, beim Auscultiren ist die Athmung stark geschwächt, wenig deutliche Reibungsgeräusche. Am 15. August beträgt die Temperatur am Morgen 38,0, am Abend 39,0°. An diesem Tage wurde eine Probepunction zwischen der achten und neunten Rippe, in der Linea axillaris posterior dextra gemacht. Dieselbe ergab eine geringe Menge trüber blutiger Flüssigkeit. Am 19. August wird, da das Fieber nicht abnimmt und der Zustand des Kranken sich immer mehr und mehr verschlimmert, eine zweite Punction an derselben Stelle gemacht; dieselbe ergab blutigen Eiter. Daran anschliessend wird unter Schleich'scher Infiltrationsanaesthesie ein 3—4 cm langes Stück aus der neunten Rippe rechterseits auf der Linea scapularis reseziert. Es wurde hiermit eine 1,5 Liter grosse Menge blutigen Eiters, mit Blutgerinnseln vermischt, entleert. Die Temperatur beträgt am Abend 38,6°. Die Wunde wurde selbstredend drainirt. An den nächsten Tagen fällt die Temperatur nicht. Die rechte Schulter ist stark geschwollen, aus der Wunde entleert sich eine grosse Menge Eiter. Die unteren Extremitäten sind geschwollen; im Harn findet sich eine geringe Menge Eiweiss. Unter regelrechter Behandlung schwinden bald das Oedem der Beine und das Eiweiss aus dem Harn; die rechte Schulter nimmt ihre normale Form an. Der Heilungsvorgang an der Operationswunde geht regelrecht vor sich. Während des weiteren Verlaufes der Krankheit nimmt die Menge des Eiters allmählich ab, nur die Schmerzen in der rechten Schultergegend nehmen nicht ab. Ausserdem fällt die Temperatur trotz allem nicht. Sie hält sich am Morgen zwischen 36,0 und 37,2°, am Abend zwischen 37,4 und 39,8°. Puls schwankte zwischen 105 und 125. Dieser Zustand dauert an bis Ende September. Am 26. September ist die Risswunde vollkommen verheilt, die Operationswunde bis auf die Drainageöffnung vollkommen geschlossen. Die Secretion ist ganz gering. Das Drain wurde allmählich verkürzt. Das Fieber und die Schmerzen sind immer dieselben geblieben. Am 6. October wird mit dem Drain ein Stück schwarz- und weisskarirter Leinwand aus der Wunde hervorgeholt. Dasselbe hat die Form eines Parallelogramms, 3—4 cm breit, 8—9 cm lang. Bei näherer Untersuchung stellt es sich heraus, dass dieses Stück vollkommen entspricht einem Loche in dem Hemde des Patienten, welcher dasselbe am Tage seiner

Verwundung angehabt hat. Die Kreissäge hatte also ein Stück aus dem Hemde herausgerissen und in die Wunde gepresst. Dasselbe bedingte die langwierige Eiterung und die starken Schmerzen in der rechten Schultergegend, welche es bei seiner langsamen Wanderung um die rechte obere Lungenhälfte vom Schlüsselbein bis zum unteren Winkel des Schulterblattes hervorrief. Am 10. October haben die Schmerzen bedeutend abgenommen. Die Eiterung wurde allmählich ganz gering. Das Fieber fällt auf 36,2° am Morgen und auf 36,4° am Abend. Der Kranke fühlt sich mit jedem Tage besser. Der Heilungsvorgang an der Wunde geht nun regelrecht, unbehindert vor sich. Am 10. November wird die Drainage der Wunde unterlassen. Am 13. ist die Wunde ganz geschlossen und am 23. November 1904 verlässt der Kranke gesund die Klinik.“

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 22.)

### **Furunculosis.** Die **Behandlung der Fl und Folliculitis**

**mit Hefepräparaten** empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen Dr. A. v. Kirchbauer (Nürnberg). Derselbe hat schon seit jeher mit der inneren Verabfolgung von Hefe sehr gute Resultate erzielt; er giebt gewöhnlich *Levurinese*, dreimal täglich einen Kaffeelöffel vor dem Essen. In zwei Fällen aber, wo die Infection offenbar von aussen kam, genügte diese Behandlung nicht. Er versuchte daher die äussere Hefetherapie, d. h. die *Hefeseife* nach Dr. Dreuw. Die von der Firma G. Heyer & Co. in Hamburg hergestellte *Salicylschwefelhefeseife* (2 Th. Salicylsäure, 7 Th. Sulf. praec., 91 Th. Hefe) wurde benützt, ihr Schaum abends an der afficirten Stelle resp. den Prädilectionsstellen mittelst eines Flanellstückes tüchtig eingerieben und eintrocknen gelassen, morgens mit warmem Wasser wieder abgewaschen. Diese Behandlung wirkte prompt ein. Autor kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die interne Behandlung mit Hefepräparaten bei Akne, Furunculose und Folliculitis zeitigt bei einer Infection von innen sehr gute Erfolge;
2. bei einer Infection von aussen verspricht die interne Behandlung nicht viel. Hier tritt die externe Behandlung mit Hefeseife in ihre Rechte, am besten mit Salicylschwefelhefeseife;
3. eine combinirte Behandlung ist nur da indicirt, wo man sich über die Aetiologie des Falles nicht klar ist oder falls bei einer Infection von aussen Infections-

stoffe auf dem Wege der lymphathischen Resorption bereits in die Blutbahn gelangt sind.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 18.)

— **Eine neue locale Behandlungsmethode des Furunkels und Carbunkels**, die er seit einem Jahr mit Erfolg ausübt, empfiehlt warm Dr. Alb. Marcus (München). Er sagt:

„Solange noch keine Eiterbildung an der Haut sichtbar ist, suche ich mit einer grossen Lupe die Follikelöffnungen des erkrankten Bezirkes ab, mit dem Ende einer Thränencanalsonde leicht aufdrückend, um den oder die erkrankten Follikel, die ganz besonders empfindlich sind, festzustellen. In diese führe ich eine Epilationsnadel ein, die den Minuspol darstellt und schon unter einem Strom von 1—2 M.-A. steht. Dadurch bahnt sie sich leichter den Weg. Dann steigere ich je nach der Empfindlichkeit des Patienten die Stromstärke bis zu 10 M.-A. und vergrössere unter leichtem 1—2—3 Minuten dauerndem Rühren mit der Nadel die Follikelöffnung, aus welcher der sich stark entwickelnde Wasserstoff alles herausschäumt: verätzte Gewebsteilchen, Staub, Kokken. Dann entfernt man die Nadel, reinigt die Stelle gut und führt sie nach der Wendung des Stromes — die Galvanometernadel schlägt nach der anderen Seite aus — wieder mit 1—2 M.-A. ein, so dass also der Pluspol in dem Follikel steckt. Dann wird die Stromstärke auf dieselbe M.-A.-Zahl gesteigert wie zuerst. Jetzt entwickelt sich activer Sauerstoff, der, im Status nascendi das stärkste uns bekannte Desinfectionsmittel darstellend, ganz energische Desinfectionswirkungen ausübt. Nach ungefähr 2—3 Minuten wird der Strom wieder gewendet, damit der natürlich stärker sich entwickelnde Wasserstoff seine reinigende Thätigkeit wiederhole und das durch den Sauerstoff verätzte Gewebe herausspüle. So wird jeder verdächtige Follikel nach seinem Aussehen und seiner Empfindlichkeit längere oder kürzere Zeit vorgenommen. Es genügt dies, um mit Sicherheit durch Tödtung und Entfernung der Kokken die Entwicklung des Furunkels zu coupiren. Ist es schon zu einer Eiterentwicklung gekommen, so rührt man so lange mit einer stärkeren, am besten Näh-Nadel in dem Follikel herum, bis der ganze grüngelbe Eiterpfropf durch die kleinen Wasserstoffexplosionen zerfetzt, zerrissen und zu Schaum verwandelt an die Oberfläche gespült ist. Dann wird der Pluspol und wieder der Minuspol, wie vorher angegeben, ver-

wendet. Bei diesen schon entwickelten Furunkeln muss die Procedur zweimal am Tage vorgenommen werden, solange noch Eiterbildung und Secretion bestehen. Die Schmerzhaftigkeit lässt schon nach dem ersten elektrolitischen Eingriff ganz bedeutend nach, so dass Patienten mit Furunkeln an besonders empfindlichen Stellen (Naseneingang, Oberlippe) nach einer ausgiebigen Sitzung die Nacht gut verbringen. Wenn es schon zu grösseren Zerstörungen, zu Unterwühlungen der Haut des erkrankten Bezirkes gekommen ist, dann bestreicht man alle Stellen am besten mit dem Ohrtheil einer Näh- oder Stopfnadel, als ob man cürettiren wollte. So wird die ganze Höhlung leicht von allem Eiter und Gewebsfetzen gereinigt; der am Grunde festhaftende Eiterpfropf wird mit einer Hakenpincette gefasst und herausgezogen. Man kommt so nicht in die Lage, an einem Furunkel oder Carbunkel behufs der Entleerung des Eiters zu drücken, wodurch in jedem Falle die Entzündung gesteigert, Eiter ins Gewebe hineingepresst wird, wo er noch nicht war, und dem Patienten unnöthige Schmerzen verursacht werden. Die so elektrolitisch behandelten Stellen werden mit wasserfeuchter Gaze, Guttaperchapapier und Mullbinde bedeckt. Lysol, Carbol, Sublimat etc. etc. wende ich nie an, weil sie die Haut reizen und zu neuen Erkrankungen in der Umgebung führen, andererseits in den gewöhnlichen Mischungen diese Kokken nicht abtödten, die so virulent sind, dass sie oft durch den 1—1½stündigen Aufenthalt in kochendem Wasser nicht bezwungen werden können.“ Man wird erstaunt sein, wie unter der Behandlung mit dem elektrischen Strom sich mächtige Carbunkel schon nach 5—6 Tagen gereinigt haben und ihre Verheilungen beginnen, deren kosmetischer Effect vorzüglich ist.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 21.)

- **Ueber renale und perirenale Abscesse nach Furunkeln oder sonstigen peripheren kleinen Eiterherden** theilt Prof. M. Jordan (Heidelberg) seine Erfahrungen mit. Er verfügt über 12 Beobachtungen. Aus denselben geht hervor, dass es sich bei den metastatisch entstehenden renalen und perirenalen Abscessen um eine wohlcharakterisirte, typische Erkrankung handelt, die anderen haematogen entstehenden Entzündungs- und Eiterungsprocessen, wie der acuten Osteomyelitis, Thyreoiditis etc. an die Seite gestellt werden kann. Es handelt sich um eine mildeste Form der Pyaemie mit einer einzigen Locali-

sation. In der Regel ist auch nur *eine* Niere Sitz der Erkrankung, die sich in der Rinde etablirt.

Ein Zusammenhang der Rindenabscesse mit dem Nierenbecken besteht nicht, der Urin war in den ersten Stadien der Erkrankung in allen Fällen normal; nur bei wochenlangem Bestehen der Abscesse, bei verzögerter Incision kann der Eiter ins Nierenbecken gelangen und mit dem Urin abgehen.

Die operative Autopsie ergab nur einmal das Bestehen eines noch geschlossenen intrarenalen Abscesses ohne jegliche Veränderung der Kapsel; in allen übrigen 11 Fällen war zur Zeit der Operation, die meist erst einige Wochen nach Beginn des Leidens zur Ausführung kam, bereits ein Uebergrieff auf die Fettkapsel oder ein Durchbruch ins perirenale Gewebe erfolgt; mehrmals liess sich nach Eröffnung des perirenalen Abscesses die Perforationsöffnung des veranlassenden Rindenabscesses nachweisen. In sechs Fällen war die Eiteransammlung an der Vorderfläche der Niere in der oberen oder unteren Hälfte localisirt. Nur einmal wurden multiple Abscesse festgestellt bei einem Patienten, der erst neun Wochen nach Beginn der Erkrankung zur Operation gelangte; die Regel ist die Entwicklung eines solitären Rindenabscesses. Der Abscess bleibt lange Zeit intrarenal, der Durchbruch nach aussen erfolgt meist erst nach Wochen. Im Eiter der untersuchten Fälle fanden sich stets Staphylokokken (*aureus* oder *albus*).

In allen 12 Fällen war die Eingangspforte der haematogenen Infection nachweisbar, und zwar lagen fünfmal Furunkel, dreimal Panaritien, zweimal eiternde Schnittwunden, einmal ein acuter phlegmonöser Abscess in der Schultergegend, einmal acute Orchitis mit Abscedirung vor. Die Incubationszeit, respective das Latenzstadium betrug 1—4 Wochen. Die ersten Erscheinungen der Nierenerkrankung stellten sich meist nach Abheilen des peripheren Eiterherdes ein in Form von Fieber, Schmerzen unbestimmter Art in der Seite, allgemeinem Krankheitsgefühl, gastrischen Beschwerden. Die Intensität der allgemeinen Erscheinungen ist eine wechselnde: es giebt Fälle mit stürmischem, unter Schüttelfrost einsetzendem Beginn und andere, bei denen die Symptome sich langsam, gleichsam ambulatorisch entwickeln. Die Schmerzen localisiren sich allmählich in der Gegend des Krankheitsherdes.

Objectiv ist an letzterem lange Zeit nichts nachweisbar, ausser einem für den Kenner sehr charakteristischen

Druckschmerz unterhalb der zwölften Rippe. Bis zum Auftreten einer Anschwellung der Nierengegend können Wochen vergehen, besonders dann, wenn der Abscess an der Vorderfläche und in der oberen Hälfte der Niere localisirt ist. Das Fieber hat zunächst continuirlichen, später remittirenden Charakter. Die allgemeinen Erscheinungen stehen so sehr im Vordergrund, dass oft ein internes Leiden angenommen wird; insofern stellt die Erkrankung ein wichtiges Grenzgebiet gegen die innere Medicin dar. Der eine der Kranken wurde sechs Wochen als Typhuspatient behandelt, bei einem zweiten war die Diagnose auf Pleuritis und Pneumonie gestellt; bei einem dritten wurde eine Appendicitis vermuthet, ein vierter wurde wochenlang als Spondylitiskranker geführt.

Der Eiter gelangt allmählich an die Oberfläche und einige Wochen nach Beginn ist meist eine Anschwellung und Empfindlichkeit in der Nierengegend nachzuweisen, sodass die Diagnose dann keine Schwierigkeiten mehr bietet. Wichtig ist indessen, die Krankheit nicht aus ihren secundären Erscheinungen zu erschliessen, sondern in ihrem primären Stadium zu erkennen. Für die Diagnose sind drei Momente entscheidend:

1. der Nachweis der Eingangspforte, der Befund eines noch bestehenden oder abgeheilten kleinen Eiterherdes;
2. die Schmerzhaftigkeit auf Druck unterhalb der zwölften Rippe;
3. eine eventuelle Vergrösserung der Niere.

Die Prognose ist bei rechtzeitiger Erkennung des Leidens und entsprechendem Vorgehen im Ganzen günstig; die Krankheit ist therapeutisch eine dankbare, insofern es sich um eine sehr milde pyaemische Erkrankung handelt. In der That ist in allen zwölf Fällen Heilung erzielt worden.

Da es leichter und ungefährlicher ist, einen perirenalen, der Oberfläche nahe gerückten Abscess zu entleeren, als einen Eingriff an der Niere selbst zu machen, könnte man versucht sein, ein Zuwarten bis zur Bildung des oberflächlichen Abscesses anzurathen. Indessen dieses Zuwarten ist mit erheblichen Gefahren verknüpft: durch das wochenlange Fieber und die heftigen Schmerzen kommen die Kranken auf das äusserste herunter, es besteht die Möglichkeit des Auftretens secundärer Metastasen, die afficirte Niere sowie die anderseitige ist in Gefahr an toxischer Nephritis zu erkranken, endlich können unlieb-

same Eitersenkungen sich entwickeln. Es empfiehlt sich daher dringend, sobald die Wahrscheinlichkeitsdiagnose des intrarenalen Abscesses gestellt ist, die Niere freizulegen, den Eiterherd aufzusuchen und zu eröffnen. Der solitäre Abscess kommt unter Tamponade in der Regel innerhalb 4—6 Wochen zur Heilung. Sind multiple Abscesse in der Nierenrinde vorhanden, so wird man eine Spaltung bis ins gesunde Gewebe vornehmen und offen behandeln.

Nach der Incision des Abscesses fällt das Fieber meist ab und in günstigen Fällen erfolgt rasche Reconvalescenz. Es kann aber auch nach einigen Tagen aufs neue Temperatursteigerung einsetzen und das Fieber, wie drei von obigen Fällen lehren, wochenlang bestehen bleiben, um dann spontan zu verschwinden. Bei einem der Patienten dauerte das Stadium des postoperativen Fiebers neun Wochen, bei einem zweiten sechs, bei einem dritten vier Wochen, und in allen drei Fällen erfolgte schliesslich doch vollständige Heilung. Die Ursache dieser Fiebersteigerungen ist in einer Nephritis suppurativa zu suchen, die der Ausheilung fähig ist: Bei einem Patienten, der nach anfänglicher Reconvalescenz aufs Neue hoch fieberte, legte Autor nochmals die Niere frei, spaltete dieselbe, ohne einen Eiterherd zu finden, und musste dieselbe schliesslich wegen Blutung exstirpieren; die mikroskopische Untersuchung des Organs ergab die Durchsetzung vornehmlich der Rinde mit zahlreichen mikroskopischen Eiterherden. Falls daher keine schweren Allgemeinerscheinungen bestehen, dürfte es rathsam sein, wochenlang zu warten, ehe man sich bei Vorhandensein postoperativen Fiebers zu einem neuen Eingriff entschliesst.

Die therapeutischen Endresultate jener zwölf Fälle sind folgende: neun Patienten sind nach einfacher Incision des renalen oder perirenalen Abscesses genesen und jetzt vollständig gesund. Bei einem siebenjährigen Kinde folgte bald nach dem Eintritt in die Klinik ein spontaner Durchbruch des Eiters ins Colon und danach die Ausheilung. Bei einem Patienten war Autor wegen multipler Abscesse zur Nephrektomie genöthigt; es trat Heilung ein, obwohl eine toxische Nephritis der andern Seite bestand; an die Nephrektomie schloss sich eine chronische Pyaemie mit Osteomyelitis der Wirbelsäule und Paraplegie der Beine; abgesehen von der Lähmung, ist Patient z. Zt. gesund, die Nephritis der restirenden Niere ist zurückgegangen. Der zwölfte Patient endlich, bei dem Autor wegen Blutung



nach Spaltung der Niere zur Nierenexstirpation schreiten musste, befindet sich in Reconvalescenzenz.

(Medicin. Klinik 1905 No. 25.)

### **Gonorrhoe. Ueber Schutzmittel gegen Geschlechtskrank-**

**heiten** lässt sich Dr. O. Grosse (München) aus und zeigt zunächst, dass alle bisher üblichen Schutzmittel irrationell sind und den nothwendigsten Forderungen, die man an solche stellen muss, nicht entsprechen. Autor hat, nach mannigfachen Versuchen und Experimenten, ein neues Gonorrhoeoprophylacticum construirt, mit dem er ein Prophylacticum gegen Syphilis und Ulcus molle combinirte. Das neue Schutzmittel, „Schütze Dich“ benannt (Adler-apotheke, München), besteht aus folgenden zwei Theilen:

1. einer ca. 3 cm langen, kaum bleistiftstarken Tube mit weissem Verschluss, gefüllt mit Hydrarg. oxy-cyanat. 1 : 1000 (Wasser, Gelatine und Glycerin),
2. einer ca. ebensogrossen Tube mit rothem Verschluss mit dem unzersetzlichen Fettgemisch Lanolin und Vaseline.

Letzteres soll gegen Lues schützen und entbehrt eines antiseptischen Zusatzes, der überflüssig und irrationell ist. Beide longitudinal aneinander gelegte Tuben sind fest verbunden durch einen mehrfach herumgewickelten Papierstreifen (dem auf der einen Seite die Gebrauchsanweisung, auf der andern eine kurze Information über Geschlechtskrankheiten, Warnung vor Curpfuschern u. dgl. aufgedruckt ist) und so zu einem bequem in der Westentasche unterzubringenden Ganzen vereinigt. Die Gebrauchsanweisung ist höchst einfach: Vor dem Coitus Einfetten der Glans, des Praeputium und Penis mit dem Inhalt der rothen Tube, nach dem Coitus Injection aus der weissen Tube, die ca. 1 Minute einwirken soll; mit dem Rest Bestreichen der Taschen am Frenulum, dann einfach Waschung. Preis des (nur zu einmaligem Gebrauch bestimmten) Apparates 30 Pfg.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 21.)

- **Die Einwirkung der Sublimatinjectionen auf die Schleimhaut der Harnröhre und ihre Gefahren** beleuchtet Privatdoc. Dr. P. Asch (Strassburg i. E.) im Anschluss an fünf Fälle, die er in den letzten sechs Jahren beobachtet hat. Alle fünf Pat. hatten sich, ohne den Arzt zu fragen, zur Vertreibung ihrer G. Sublimatlösungen (1 : 500 oder 1 : 1000) eingespritzt und schwere Entzün-

dungs- und Reizungserscheinungen davongetragen: ausge- dehnte Infiltrationen der Harnschleimhaut, heftige Ent- zündung der Littré'schen Drüsen und Morgagni'schen Krypten u. s. w. Heftiges Brennen und Schmerzen, schwere Dysurie etc. waren vorhanden, und es blieben enge Stricturen zurück. Bei den acuten Erscheinungen halfen Bettruhe, Bleiwasserumschläge, lauwarme Camillensitzbäder nach einigen Tagen. Nicht verfehlen darf man in solchen Fällen, für die innere Desinfection der Harnwege durch Verabreichung von Salol oder besser Urotropin zu sorgen. Denn günstigere Bedingungen für eine ascendirende In- fection des uropoëtischen Systems als die hier vorliegen- den, sind kaum denkbar: Anwesenheit virulenter Bakterien in der Harnröhre, Congestion der Harnorgane, Urin- retention. Nur im dringendsten Falle soll man in den ersten Tagen sondiren (mit ganz weichem Nélaton). Nach Abklingen der acuten Erscheinungen wird man mit dünnen, geknüpften Gummibougies sorgfältig und vor- sichtig die vorhandenen Stricturen feststellen und diese allmählich mit Gummibougies erweitern; bei den höheren Nummern geht man zu Metallsonden über. Solche Be- handlung erfordert natürlich viel Geduld.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 25.)

- **Zur physikalischen Behandlung der gonorrhoeischen Gelenk- erkrankungen** giebt Dr. Aug. Laqueur die Erfahrungen bekannt, die in der Hydrotherapeut. Anstalt der Univer- sität Berlin gemacht worden sind. In den wenigen Fällen von einfachem monoarticulärem Hydrops, der meistens ja das Knie betrifft, begnügte man sich mit Bettruhe und erregenden (Priessnitz'schen) Umschlägen, die zugleich eine Ruhigstellung des Gelenkes bedingten. Auch bei den schweren Formen der Arthritis gonorrhoeica ist beim ersten acuten Stadium Bettruhe natürlich das erste Er- forderniss. In diesem Stadium wurden an den Gelenken neben erregenden Umschlägen vor allem die Diehl'schen heissen Watteverbände (Watte unter Guttapercha), die je 8—12 Stunden lang liegen blieben, applicirt. Die Ver- bände haben sich als schmerzlinderndes Mittel, wie auch zur Beseitigung resp. Minderung der Schwellung vorzüg- lich bewährt (auch in chronischen Fällen). Das Wichtige bei der Wirkung dieser wie der bald zu besprechenden anderen hyperaemisirenden Mittel ist das, dass sie erlauben, möglichst bald vorsichtige Bewegungen des Gelenkes ohne

Schmerzen vorzunehmen und so einer Versteifung vorzubeugen. Diese anderen Methoden zur Erzeugung einer heilkräftigen Hyperaemie sind vor allem die Bier'sche Stauung und die localen Heissluftbäder. Erstere wurde mit sehr gutem Erfolge angewandt, auch in chronischen Fällen. Im ersten acuten Stadium darf die Dauer nicht zu kurz sein; Beginn mit 3 Stunden täglich, rasches Aufsteigen auf 5—10 Stunden am Tage. Auch die localen Heissluftbäder können in allen Stadien des Leidens, abgesehen von den allerersten Tagen, wo noch Fiebertemperaturen vorhanden sind, und abgesehen von den eitrigen Formen, angewandt werden. Ihr therapeutischer Effect lässt sich in den meisten Fällen als Schmerzstillung, wenn sie auch nicht so prompt ist, wie bei der Stauung, sowie als Anschwellung und frühe Mobilisation charakterisiren. Es wird jetzt dazu ein amerikanischer, von C. Kiefer-Kornfeld in Berlin vertriebener Apparat benützt, der den Vorzug hat, an allen Körpertheilen applicirbar zu sein und es erlaubt, hohe Wärmegrade ohne Verbrennungsgefahr zu erreichen. In einem etwas späteren Stadium der acuten Arthritis gonorrhoeica können ausser der Bier'schen Stauung und den localen Heissluftbädern auch die heissen Vollbäder (38—40°) angewandt werden; es muss dazu ja erst ein gewisses Maass von Beweglichkeit erreicht sein. Aber es ist dies Hilfsmittel nicht zu vernachlässigen, das sich namentlich bei polyarticulärem Auftreten der Krankheit als sehr wirksam erwiesen hat. Die Eisblase applicirt man im acuten Stadium jetzt nicht mehr; kühle Longettenverbände auf das frisch erkrankte Gelenk üben aber auf die Schmerzen einen recht günstigen Einfluss aus. Von grösster Wichtigkeit ist es stets, durch frühzeitige active und passive Bewegungen einer Functionsstörung vorzubeugen. Vorsicht ist dabei von Nöthen, Schmerzen dürfen nicht ausgelöst werden. Je mehr das Leiden einen chronischen Charakter annimmt, um so grösserer Nachdruck ist auf Massage und medico-mechanische Behandlung zu legen, neben der sonstigen Behandlung (heisse Watteverbände, locale Heissluftbäder. Bier'sche Stauung, warme Vollbäder und heisse Dampfstrahlen, gefolgt von kalter Strahldusche); besonders wirksam: Combination von Bier'scher Stauung mit Dampfstrahlen und Massage. Bei alten Versteifungen sind energische wärmestauende Procedures am Platze: Dampfstrahl und 38—40° warmes Vollbad nebst mechanotherapeutischen Procedures. Sehr wichtig: Vornahme activer und

passiver Bewegungen im warmem Bade selbst; freilich ist diese Therapie sehr lange energisch fortzusetzen, ehe ein befriedigendes Resultat sichtbar wird. Jedenfalls hat die physikalische Therapie der gonorrhoeischen Gelenkentzündung, in der beschriebenen Weise angewandt, die früher mehr als zweifelhafte Prognose der Krankheit erheblich gebessert.

(Balneologen-Congress 1905. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 23.)

### **Intoxicationen. Ueber einen Todesfall nach Anwendung**

**der officinellen Borsalbe bei einer Brandwunde** berichtet Dr. Dopfer (Wasseraalfingen). Autor sollte für ein 2jähriges Kind, das sich an einem Arm eine Brandwunde zugezogen hatte, eine „Brandsalbe“ verschreiben. Er verschrieb 100 g Ung. boric. mit der Anweisung, täglich einmal ein Leinwandstück, damit bestrichen, auf die Wunde zu legen. Vier Tage später kam der Vater des Kindes melden, letzteres habe nach der Salbe am ganzen Körper „Scharlachfriesel“ bekommen und sei schwer krank. Autor fand diese Angaben bestätigt. Zwar sah die Brandwunde gut aus, war zum Theil schon eingetrocknet; aber der Körper erschien mit einem scharlachartigen Exanthem vollständig bedeckt, das an Händen und Füßen bläulich-schwarze Verfärbung und petechienartiges Aussehen zeigte; das Kind war bereits moribund und starb nach  $\frac{1}{2}$  Stunde. Schon einige Stunden nach der ersten Application der Salbe soll das Exanthem sich entwickelt haben, das Kind wurde matt, appetitlos, bekam Erbrechen und Durchfall, wurde schläfrig und apathisch, blieb aber bei Bewusstsein bis zum Tode, der unter rapidem Kräfteverfall erfolgte. Es fand sich von der Salbe noch ein Rest von 20 g vor, man war also damit sehr freigebig gewesen (Kassenpraxis!). Die Brandwunde als solche war weder nach ihrer Ausbreitung, noch nach ihrer Intensität (Verbrennung 1. bis 2. Grades) geeignet, das Leben des Kindes zu bedrohen, septische Infection lag nicht vor, es musste also die Borsalbe toxisch eingewirkt haben. Borsäure gilt bei externem Gebrauch für unschädlich. Lewin berichtet allerdings von Todesfällen. „Nach Ausspülen der Brusthöhle mit 5%iger Borlösung traten Erbrechen und Pulsschwäche, ein weit sich ausbreitendes Erythem und am 3. resp. 4. Tage unter Singultus und bei freiem Bewusstsein der Tod ein. Bei anderen, tödtlich endigenden Borsäureintoxicationen, darunter ein Fall, der infolge Aufstreuen von Borsäure auf eine Wunde letal

verlief, traten gleichfalls Erytheme und Petechien auf.“ Ausser den Lewin'schen Fällen fand aber der Autor in der Litteratur nichts die Borsäure bei äusserlichem Gebrauche erheblich Belastendes vor. und die Borsalbe wird überall im Handverkauf abgegeben und gilt als durchaus harmlos. Nun war ja obige Brandwunde allerdings ziemlich gross (12 : 3 cm), auch kann ja eine Idiosynkrasie gegen Bor vorgelegen haben. Jedenfalls zeigt der Fall, dass die Anwendung der Borsalbe bei frischen Brandwunden von grösserer Ausdehnung nicht harmlos, für Kinder nicht ungefährlich ist. (Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 16.)

- Einen **Beitrag zur Hygiene des Rauchens** liefern Dr. W. Schmidt und Apotheker J. Varges (Dresden). Prof. Gerold hat die Nicotinunschädlichkeit der Cigarren durch sein Verfahren bewirkt, Prof. Thoms machte auch die giftigen Rauchgase unschädlich. Die obigen Autoren stellten nun mit dem nach dem Gerold-Thoms'schen Verfahren hergestellten Cigarren eingehende chemische und physiologische Prüfungen an. Die chemische Untersuchung ergab für Cigarren im Gesamtgewicht von 100 g: 1,555 g Nicotin, 0,390 g Ammoniak und 0,017 g Blausäure. Dagegen fanden sich im Rauch, nachdem derselbe das Filter passiert hatte, nur noch 0,098 g Nicotin, 0,085 g Ammoniak und 0,009 g Blausäure, Brenzoeel und Schwefelwasserstoff gar nicht. Eine so erhebliche Entgiftung documentirt den hygienischen Wert dieses Verfahrens. Zu den physiologischen Versuchen gaben sich 23 Herren her:
1. *Gesunde, „rauchfeste“*. Sie äusserten alle, dass sie trotz der notorischen Leichtigkeit der Cigarren doch das Aroma durchaus nicht vermissten.
  2. *Empfindliche Raucher*, Herren, die gewohnt waren, nach der Mahlzeit 1—2 leichte Cigarren zu rauchen, die aber auf grössere Mengen, besonders Nachmittags und Abends mit Kopfschmerz, Appetitlosigkeit, Trockenheit des Rachens etc. reagierten. Der Genuss der doppelten, ja noch grösseren Menge der Versuchscigarren, 1—1½ Wochen fortgesetzt, bereitete nicht die geringsten Beschwerden.
  3. *Kranke Herren und Reconvalescenten*, die Raucher gewesen, aber wegen verschiedener Krankheitszustände (Magenaffectionen, Herz- und Lungenleiden, Arteriosklerose, Nervenleiden etc.) das Rauchen ganz oder fast aufgegeben. Während bei den meisten schon nach dem Genusse *einer* mittleichten, *nicht* präparierten

Cigarre Beschwerden sich zeigten, wurden 1—3 präparierte Cigarren anstandslos toleriert, und Blutdruckmessungen zeigten auch keine Veränderung des Blutdruckes. Auch Pat. mit chronischer Nicotinvergiftung konnten die präparierten Cigarren ruhig rauchen, ohne dass sich Beschwerden geltend machten.

Alles dies beweist, dass diese Cigarren (Wendt's Patentcigarren) eine hygienisch ausserordentlich werthvolle Erfindung sind, welche auch Leuten, die sonst abstinent sein müssten, den Genuss einer Cigarre ermöglicht.

(Medicin. Klinik 1905 No. 22.)

- **Zur Behandlung von Strychninvergiftungen** macht H. Meyer (Berlin) eine bemerkenswerthe Mittheilung. Nachdem Autor schon früher durch Versuche festgestellt hatte, dass *Bromocoll die Strychningiftwirkung herabzusetzen im Stande ist*, hatte er jetzt bei sich selbst Gelegenheit, die Bromocollwirkung bei einem Falle von Strychninvergiftung kennen zu lernen, die er sich anlässlich von Selbstversuchen mit Strychnin zuzog. Er nahm 48stündlich 0,01 g Strychnin. nitr. per os und stieg langsam auf 0,09 g (!) pro Dosi. Die Dosen von 0,08 g und 0,085 g hatten nicht die geringsten Nebenwirkungen gehabt, bei 0,09 g trat eine Stunde später eine heftige Reaction ein (starke Erhöhung der Reflexerregbarkeit). Autor machte sich sofort eine intravenöse Injection von 10 ccm Sol. Bromocolli (10%). Inzwischen war die Strychninwirkung immer intensiver geworden (entfernte Geräusche, das durch sich einstellenden Trismus hervorgerufene Knirschen der Zähne genügte, um den ganzen Körper zum Zittern zu bringen). Dies dauerte noch ca. 1½ Minuten nach Injection des Bromocolls an, dann begann die Reaction zu schwinden, 16 Minuten nach der Injection war keine Strychninwirkung mehr zu constatiren, selbst Beklopfen einzelner Nerven erzeugte keine Reaction mehr. Eine erhebliche Schwäche in den Vorder- und Lähmungserscheinungen in den Hinterextremitäten blieben zurück, wurden aber durch Einnahme von Vial's *tonischem Wein* auch sehr bald beseitigt. Diese ausserordentlich günstige Wirkung auf nach überstandenen Strychnintetanus auftretende Schwäche und Lähmung seitens des genannten Tonicums trat auch bei Thierexperimenten zu Tage. — Auf Grund seiner Versuche schlägt Autor folgende Behandlung der Strychninvergiftung vor: Je nach der Schwere der Erscheinungen Injectionen von 10—50 ccm Solut. Bromocolli (10%) zur Hälfte in die rechte, zur Hälfte in

die linke Vena cephalica brachii, ausserdem an mehreren Stellen des Körpers, besonders in der Nackengegend, Einspritzung der gleichen Lösung und Verreiben dieser Flüssigkeitsmengen über den ganzen Körper; zur Nachbehandlung Vial's tonischen Wein.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1905 No. 20.)

### **Meningitis. Die epidemische Genickstarre** schildert nach

seinen Beobachtungen Dr. R. Altmann (Knappschaftslazarett Zabrze). Im Regierungsbezirk Oppeln sind bisher 2200 Fälle gemeldet, meist Kinder; nur in 7% sind über 16 Jahre alte Personen betroffen worden. Je nach der Schwere der Infection gestaltet sich der Verlauf: entweder ist derselbe äusserst stürmisch und rasch zum Tode führend oder die Erkrankung verläuft langsamer und weniger heftig; in letzterem Falle kann mehr oder minder rasch Genesung erfolgen oder der Tod eintreten. Ueber die Incubationsdauer konnte Genaues nicht festgestellt werden; anscheinend aber vergeht zwischen dem Eindringen des Meningococcus und dem Ausbruch der Krankheit in der Regel ein kürzerer Zeitraum von etwa 2—4 Tagen. Irgendwelche sicheren Beobachtungen über die Ursache der sprungweise bald hier, bald dort, bei einzeln und bei gedrängt wohnenden Familien auftretenden Infectionen sind bisher nicht ermittelt worden. Es ist falsch zu behaupten, dass die M. nur bei der ärmeren Bevölkerung sich findet, sie verschont keinen Stand. Eine gewisse Disposition scheint eine Rolle zu spielen; besonders disponirend wirkt offenbar lymphatische Constitution. Die Beobachtungen der mit dem Tode endigenden Fälle liessen sich in drei Gruppen eintheilen: sehr rasch verlaufende, bis über eine Woche sich hinziehende und endlich Wochen und Monate lang sich ausdehnende Erkrankungen. Die Vorboten der Erkrankung werden verschieden angegeben: meist Klagen über Kältegefühl, Erbrechen, Kopfweg, Abgeschlagenheit oder Nackenschmerzen. Bei den *rasch einsetzenden Erkrankungen* wurde regelmässig von den Angehörigen erzählt, dass das Kind plötzlich über Kopfschmerzen geklagt, zu fiebern und zu brechen angefangen habe. Bei der Aufnahme Bewusstsein meist geschwunden, Temperatur erhöht, Puls (bei Kindern) beschleunigt, kleiner Pat. wirft sich unruhig hin und her, Berührung der Haut löst oft Abwehrbewegungen aus, oft fangen die Kinder laut zu schreien an. Kopf wird jetzt noch nicht immer nach hinten gebeugt gehalten. Rachenschleimhaut geröthet,

Zunge belegt, trocken, kurz die Diagnose ist äusserst erschwert, sofern es nicht gelingt, Lumbalpunctionsflüssigkeit zu erhalten. Benommenheit nimmt zu, Unruhe ebenfalls, die Pat. werfen sich umher, wollen aus dem Bett springen, bis allmählich die Kräfte nachlassen und unter Herzschwäche schliesslich der Tod eintritt. Dies Verhalten konnte bei zwei Kindern beobachtet werden, die, früh noch völlig gesund, Nachmittags erkrankten und nach 6 resp. 7½ Stunden starben. Der Leichenbefund ergab an den Gehirnhäuten eine eben beginnende, graugelbe Trübung am Chiasma und an der Brücke, vereinzelt auch auf der Convexität, ferner starke Füllung der Blutadern der Gehirnhäuten, in den zarten Häuten geringe Flüssigkeitsansammlung mit vereinzelt Meningokokken; Infection und Krankheitsverlauf folgen sich hier so rasch, dass zur Entwicklung des eitrigen Exsudats der Zeitraum zu kurz bemessen ist. Die *zweite Gruppe* läuft in 4—6 Tagen ab. Nach einem kurzen Prodromalstadium setzt die Krankheit sofort schwer ein, um rasch zum Tode zu führen; dieser Verlauf konnte bei kleinen und älteren Kindern, sowie bei Erwachsenen mit einer grossen Regelmässigkeit beobachtet werden. Meist setzte die Erkrankung mit Kopfschmerzen, Erbrechen und Fieber ein; Temperatur mehr oder minder hoch, Puls 120. Nackensteifigkeit im Beginn nicht deutlich ausgesprochen, jedoch geringe Schmerzen beim Versuch, den Kopf zu heben. Gelegentlich Zähneknirschen, Berührung der Haut und alle Bewegungen oft schmerzhaft. Pat. schleppt sich noch mühsam fort und macht den Eindruck eines Schwerkranken. Bei der Lumbalpunction entleert sich unter meist hohem Drucke trübe, graue Flüssigkeit; nach der Punction meist Erleichterung der Beschwerden. Allmählich Unruhe immer grösser, Bewusstsein mehr getrübt, Kopf wird immer mehr nach hinten gebeugt, die Wirbelsäule bauchwärts gekrümmt, sodass die Last des Körpers schliesslich nur auf dem in die Kissen gebohrten Hinterkopf und dem Gesässknorren ruht. Pat. schlägt mit Armen und Beinen um sich herum, wilde Delirien setzen ein, das Bild gleicht oft vollkommen dem der acuten Psychose. Nahrung wird jetzt häufig verweigert, Lippen trocken, Zunge schmierig belegt, Augen theils geschlossen, Bindehäute geröthet, auf Lippen und Nasenflügeln oft Herpesbläschen. Bald Schielen (fast regelmässig weicht nur das eine Auge nach innen ab). Mandeln oft vergrössert, entzündet, Halsdrüsen angeschwollen. Urin und Stuhl werden ins Bett entleert, das Kind reibt mit



den Händen häufig die Geschlechtstheile und bohrt mit den Fingern in der Nase, welche leicht zu bluten anfängt. Bisweilen Krampfanfälle, sich über den ganzen Körper ausdehnend. So durch 2—3—4 Tage, bis der Tod meist unter den Erscheinungen der Herzschwäche bei hohem Fieber von oft 41° erfolgt. Das ist als Typus der Genickstarre zu betrachten. Die *dritte Gruppe* bietet zwei verschiedene Bilder. Geht die Eiterung allmählich weiter, so sind fortwährend Fieberschwankungen zu beobachten. Die höchsten Temperaturen halten sich oft andauernd oder sie schwanken unregelmässig, bald Steigen bis 40,5°, bald Fallen unter 37°, nur Puls ziemlich andauernd zwischen 100—140. Das Bild gleicht zunächst dem der schweren acuten Fälle. Auffallend ist bei Säuglingen das verhältnismässig muntere Befinden; sie trinken an der Mutterbrust, liegen still da. Mit einem Mal treten Krampfanfälle auf, klonische Zuckungen in der Gesichtsmusculatur und in den Gliedmaassen, dann Spasmen. Die Kinder magern ab, meist nach einem Krampfanfall erfolgt plötzlich der Tod. Die andere Hälfte der in Wochen und Monaten hinsiechenden Kranken bietet ein anderes Bild: das Anfangs bestehende Fieber fängt an nachzulassen, ja, es tritt oft völlige Entfieberung ein und namentlich bei kleineren, noch nicht sprechenden Kindern giebt man sich leicht der Täuschung hin, dass das Kind der Genesung entgegen ginge. Die Kinder liegen ziemlich still da, spielen ausnahmslos und nehmen verschieden Antheil an ihrer Umgebung. Der Appetit ist gut, allein das Körpergewicht geht langsam, manchmal auch ganz rapide innerhalb weniger Tage mehr und mehr herunter, obwohl jetzt die Speisen gierig heruntergeschluckt werden. Alle Kranken sind unreinlich, lassen andauernd Urin und Stuhl unter sich, sodass an die Geduld des Pflegepersonals die grössten Anforderungen gestellt werden. Die Abmagerung schreitet unaufhaltsam weiter, die Haut ist welk, trocken und lässt sich in Falten abheben, der Leib ist eingesunken, kahnförmig, die Rippen sind deutlich zu sehen, die langen Knochen der Gliedmaassen sind nur von einer ganz dünnen Muskelschicht bedeckt, kurz, das Kind bietet ein Bild hochgradigster Abmagerung wie bei schwerster Paedatrophie. Die Haltung ist nicht immer dieselbe: die Nackensteifigkeit ist nicht mehr ausgesprochen; meistens liegen die Kinder mit im Hüftgelenk stark gebeugten, angezogenen Beinen auf der Seite, oder sie liegen auch auf dem Rücken. Krampfanfälle treten allmählich in längeren oder kürzeren Zwischen-

räumen auf, das Bewusstsein wird bisweilen getrübt; schliesslich endet Herzschwäche oder Lungenlähmung das traurige Bild, welchem ärztliche Kunst machtlos gegenübersteht. Entsprechend den drei Gruppen der tödtlich verlaufenden Genickstarre-Erkrankungen lassen sich auch die in Genesung übergehenden Fälle eintheilen: es wurden erstens sehr rasch zur Entfieberung und Heilung kommende Fälle beobachtet, welche schon nach drei Tagen kaum mehr erkennen liessen, dass sie krank gewesen waren, weiterhin solche, welche etwa 1—2 Wochen schwere Krankheitserscheinungen boten, schliesslich solche, welche bis 40 Tage Fieber und Krankheitserscheinungen aufwiesen, ehe Heilung eintrat. Auch diejenigen Kranken, welche in wenigen Tagen genasen, boten zunächst das Bild einer schweren Erkrankung: Ausgesprochene Nackensteifigkeit, Schmerzen beim Bewegen der Halswirbelsäule, Herpes und eitrige Punctionsflüssigkeit mit Meningokokken sicherten die Diagnose. Nach etwa 2—3 Tagen war andauernde Entfieberung und Rückgang aller Erscheinungen zu verzeichnen. Das Krankheitsbild der zweiten Gruppe, bei welcher etwa bis zu 14 Tagen Fieber bestand, entspricht zunächst durchaus dem oben geschilderten Verlaufe: es bestand in den ersten Tagen stets Nackensteifigkeit; das Kernig'sche Symptom — beim Anheben des Kopfes Beugung der Oberschenkel — liess öfters im Stich. Die genaue klinische Untersuchung bietet oft grosse Schwierigkeiten, so lange schwere Delirien oder ein Zustand grosser Abgeschlagenheit besteht; schon das Aufsitzenlassen verursacht den Kindern viel Schmerzen und ist auch wohl nicht ohne Bedenken zu bewirken. Die Kinder boten oft starke Röthung und Schwellung der Mandeln. Ueberleben die Kranken die ersten vier Tage, so kann man schon etwas Hoffnung schöpfen. Allmählich werden die Delirien milder, der Kranke reagirt mehr auf Anrufen und giebt oft selbst an, dass er noch Kopfschmerzen habe oder ein bohrendes Gefühl im Hinterkopf empfinde. Manche sind jetzt überempfindlich gegen Berührungen, zum Teil schon gegen das Aufheben der Bettdecke. Lichtscheu fehlte. Die noch länger als 14 Tage verlaufenden Fälle setzten meistens mit schweren Delirien ein; Tage lange Bewusstlosigkeit, fortwährende Unruhe und Nahrungsverweigerung lassen die Prognose absolut ungünstig erscheinen. Allmählich werden in den Fiebercurven kurze fieberfreie Intervalle sichtbar, die starre Nackensteifigkeit löst sich allmählich, das Bewusstsein kehrt langsam wieder. Auch

in der Pulscurve sind Schwankungen zu verzeichnen, der Puls ist meistens erhöht, allmählich, oft eher kritisch als lytisch, hört das Fieber plötzlich auf; es vergehen noch bange Tage, weil immer von Neuem ein Fieberausbruch befürchtet werden muss. Jetzt fangen die Kranken an, sich rasch zu erholen, der Appetit nimmt zu, die Bett-ruhe wird als etwas Lästiges empfunden, und nur mit Mühe sind die Reconvalescenten noch im Lazarett zurück zu halten. Die Dauer des Fiebers und das Fortschreiten der Reconvalescenz stehen nicht immer in gleichem Verhältnisse zu einander. Mehrfach erholten sich Kranke mit langer Fieberdauer von 30—40 Tagen rascher als die, welche nur 1—2 Wochen gefiebert hatten. Aber nicht immer ist die Freude über die Genesung ungetrübt: mehrfach blieb schwere Taubheit zurück, welche voraussichtlich unheilbar sein wird; die Augenmuskellähmungen bildeten sich bisher stets zurück. Geistige Störungen sind bei den Genesenen bisher nicht beobachtet worden. — Die *Prognose* lässt sich mit Sicherheit nicht stellen. Je zarter aber das Alter, desto ungünstiger der Ausgang. Die Schwere der Infection, d. h. das stürmische Einsetzen schwerster Erscheinungen, bedingt keineswegs immer einen tödtlichen Ausgang. Man kann anscheinend nur dann auf dauernde Genesung rechnen, wenn mindestens fünf Tage fieberfrei waren und die Pulsfrequenz unter 100 herabgegangen ist, vorausgesetzt, dass die schleichende Entwicklung des chron. Hydrocephalus ausbleibt. Bei der *Behandlung* kam in erster Reihe sorgfältigste körperliche Pflege in Betracht. Lumbalpunctionen wirken symptomatisch günstig ein. Genesen sind 18—20% der Kranken, von diesen ist etwa der fünfte Theil taub. Ob irgendwelche Nachkrankheiten noch auftreten werden, lässt sich jetzt noch nicht sagen.

(Medicinische Klinik 1905 No. 25.)

— Ueber **die pathologische Anatomie und den Infectionsweg bei der Genickstarre** hatte Privatdoc. Dr. Westenhoeffer (Berlin) im ober-schlesischen Epidemiebezirke reichlich Erfahrungen zu sammeln Gelegenheit. Er fasst dieselben wie folgt zusammen:

1. Die Eintrittspforte des Krankheitserregers der M. ist der hintere Nasenrachenraum, besonders die Rachen-tonsille.
2. Die Hirnhautentzündung ist anfangs stets eine basillare und zwar in der Gegend der Hypophysis; sie entsteht auf lymphogenem Wege.

3. Die Hirnhautentzündung als Zeichen der Erkrankung des Cavum cranii ist analog den Erkrankungen der Schleimhäute der Nebenhöhlen des hinteren Nasenrachenraums.
4. Niemals oder sicher nur ganz ausnahmsweise entsteht die Hirnhautentzündung durch Fortleitung einer Erkrankung der Siebbeinzellen.
5. Die Krankheit ist eine exquisite Kinderkrankheit.
6. Die von der Krankheit befallenen Kinder und Erwachsenen haben deutliche Zeichen einer sogen. lymphatischen Constitution.
7. Die Krankheit ist eine Inhalationskrankheit.
8. Ihre Bekämpfung ist ganz wesentlich eine wohnungshygienische Frage.
9. Der Meningococcus Weichselbaum-Jaeger wird zwar in der Mehrzahl der Fälle gefunden, doch ist ein absolut einwandfreier Beweis, dass er der alleinige Erreger der epidemischen Cerebrospinalmeningitis ist, noch nicht erbracht. Die Thatsache, dass andere Kokken theils allein, theils gemischt mit dem Meningococcus gefunden werden können, schliesst die Möglichkeit nicht aus, dass alle diese Bakterien eine secundäre Rolle spielen und dass der eigentliche Krankheitserreger noch nicht bekannt ist (Analogie mit Streptokokkeninfection bei Scharlach).

(Berliner med. Gesellschaft, 24. Mai 1905. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 24.)

### **Paralyse. Zwei Fälle von isolirter Lähmung der Musculi**

**rhomboidei nach Operationen** theilt Dr. Marcus (Posen) mit. Die Fälle betrafen eine 17jährige Pat., der vor sechs Jahren einige Drüsen am Halse entfernt worden waren, und ein 10jähriges Mädchen, das vor drei Jahren die gleiche Operation durchgemacht hatte. Beide Pat. boten das Bild der isolirten Lähmung der Musc. rhomboidei dar: Verschiebung des Schulterblattes im ganzen nach oben und aussen, sodass namentlich der untere Winkel von der Wirbelsäule abgerückt war und der innere Rand des Schulterblattes sich flügel förmig vom Thorax abhob. Es ist meist die Deformität, welche solche Pat. zum Arzt führt, der Ausfall der Function ist gering. Therapeutisch müssen Elektrizität, Massage und Uebungen gleichzeitig herangezogen werden; im zweiten Falle, wo diese Be-

handlung lange Zeit durchgeführt werden konnte, war der gute Erfolg deutlich zu constatiren.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1905 Nr. 8.)

- **Ueber einen unter dem Bilde einer Ophthalmoplegia externa verlaufenden Fall von traumatischer Hysterie** berichtet Prof. A. Westphal (Psychiatr. Klinik Bonn). Es handelte sich um einen Grubenarbeiter, der im Anschluss an ein Kopftrauma unter den Erscheinungen der traumatischen Neurose erkrankte. Auf psychischem Gebiete trat das gedrückte, hypochondrische, muthlose Wesen dieser Kranken mit dem charakteristischem wehleidigen Gesichtsausdruck entgegen. Von sonstigen nervösen Erscheinungen fanden sich starke Kopfschmerzen, subjectives Schwindelgefühl, objectiv nachweisbare heftige Schwindelanfälle, beschleunigte Herzaction, vasomotorische Ueberregbarkeit, Steigerung der mechanischen Muskelerregbarkeit. Anfallsartig traten unter dem Einfluss psychischer Erregungen Zustände auf mit Zittern und Schütteln des ganzen Körpers, Erscheinungen, die auch beim Gehen des Patienten deutlich wurden und dem Gang ein bestimmtes Gepräge verliehen. Im Mittelpunkt des Interesses standen die Erscheinungen am Bewegungsapparat des Auges bei dem Kranken. Der erste Eindruck, den man von der Motilitätsstörung der Augen erhielt, war der des Bestehens einer completen beiderseitigen Ophthalmoplegie (mit Freibleiben des Levator palpebrae superioris und der Iris-musculatur). Diese Ophthalmoplegia exterior bilateralis zeigte jedoch bei weiterer Beobachtung das wichtige Verhalten, dass sie keine constante, dauernde war, sondern unter bestimmten Umständen bald theilweise, bald vollständig verschwand. Unter diesen Umständen trat Ablenkung der Aufmerksamkeit des Patienten von seinem Zustande als das wesentlichste, alle Erscheinungen beherrschende Moment hervor. Man konnte einigemal das bemerkenswerthe Factum constatiren, dass die Bulbi ganz gut bis in die Endstellungen bewegt wurden, wenn man den Leidenden gleichsam überrumpelte, in gleichgültige Dinge berührenden Gesprächen seine Augen unbemerkt beobachtete. Sobald die Untersuchung auf die Augen gerichtet war, verharrten diese unter den gewöhnlichen Bedingungen starr, wie eingemauert, in geradeausgerichteter, mitunter etwas divergirender Stellung. Bei ungewöhnlichen Versuchsanordnungen, besonders bei monocularer Fixation, wobei das andere Auge entweder ganz

verdeckt oder unter der verdeckenden Hand beobachtet ward, gelang es etwas häufiger, Bewegungen des freien Auges, resp. coordinirte Bewegungen beider Augen (wenn das verdeckte Auge mit beobachtet werden kann) nachzuweisen. Auch bei dem Versuch, den Patienten zu augenspiegeln, wurde auf Aufforderung, den Spiegel zu fixiren, das beleuchtete Auge eingestellt. Dass bei all diesen verschiedenen Anordnungen der Versuche die Ablenkung der Aufmerksamkeit das wirksame Moment war, ging wohl auch aus dem Umstande hervor, dass die Versuche bei häufiger Wiederholung versagten, um bei neuen und ungewohnten Anordnungen wieder zu wirken.

Es geht aus diesen Ausführungen hervor, dass jene „Augenmuskellähmung“ eine psychisch bedingte war. Von psychogenen Einflüssen, von denen das Verhalten der Aufmerksamkeit der wesentlichste ist, hängt das Beweglichwerden oder die Unbeweglichkeit der Bulbi ab. Das widerspruchsvolle, wechselnde, scheinbar ungesetzmässige Verhalten der Lähmung findet in der Annahme einer hysterischen Functionsstörung des Augenmuskels seine Erklärung. Es wirft sich die weitere Frage auf: Welcher Art ist diese Functionsstörung, beruht sie auf Krampf oder auf lähmungsartigen Zuständen der Augenmuskeln? Der schnelle, unvermittelte Wechsel von völliger Bewegungsunfähigkeit und die Möglichkeit der Ausführung von Bewegungen, welchen die Bulbi darboten, vor allem aber die einige Male constatirte Thatsache, dass die Bulbi ruckweise mit vereinzelt kleinen Absätzen bewegt wurden, spricht für das Bestehen von Contracturzuständen in den äusseren Augenmuskeln. Es wiesen zunächst nur die heftigen, anfallsweise auftretenden Schmerzen mit intensivem Spannungsgefühl in der Nackengegend auf die Disposition zu Contracturen hin. Später zeigte es sich dann, dass bei intendirten Bewegungen, bei wiederholtem Oeffnen und Schliessen der Hände, sowie bei schnellen Kaubewegungen ausgesprochene Spasmen in der Musculatur der Hände und in den Kaumuskeln auftraten.

Es erscheint daher als feststehend, dass psychische, durch die Vorstellung bedingte, besonders unter dem Einfluss der Aufmerksamkeit entstehende Innervationsstörungen die Grundlage der hier beobachteten abnormen Beweglichkeitsverhältnisse an den äusseren Augenmuskeln bildeten. Analoge Fälle sind nur ganz vereinzelt beschrieben worden. Aber sie haben grosse praktische Bedeutung, wie auch obiger Fall zeigt. Die Ausbreitung und Gruppierung der

Lähmungserscheinungen an den Augenmuskeln entspricht ganz dem Bilde, wie wir es nicht selten bei nucleären Augenmuskellähmungen finden, welche die gesammte beiderseitige Augenmuskulatur ergreifen können, jedoch den Levator palpebrae superioris, den Sphincter iridis und den Accommodationsmuskel zu verschonen pflegen. Auch die Entwicklung und die Aetiologie des Leiden würde in obigem Falle ganz wohl mit der Annahme einer organisch bedingten Ophthalmoplegie in Einklang zu bringen sein. Wir wissen, dass sich diese Lähmungen gewöhnlich in acuter oder chronischer, aber auch in unregelmässig intermittirender, resp. remittirender Weise entwickeln können, wie letzteres wohl bei obigem Kranken der Fall gewesen ist. Die Entstehung der Augensymptome im Anschluss an Kopfverletzungen wird bei der Ophthalmoplegie beobachtet. Oppenheim hebt hervor, dass besonders traumatische Spätapoplexien mitunter Blutungen in das centrale Höhlengrau und Ophthalmoplegien zur Folge hätten. Da sich in obigem Falle die ersten Augensymptome (Doppelsehen etc.) erst einige Zeit nach der Kopfverletzung entwickelt hatten, so könnte die Erkrankung ganz wohl zu der falschen Annahme einer solchen Spätapoplexie führen. Alle diese Ueberlegungen zeigen auf das deutlichste, wie die Neigung der Hysterie, organische Krankheitsbilder täuschend zu imitiren, auch in obiger Beobachtung in exquisiter Weise bestanden hat. Man wird sich in solchen Fällen vor diagnostischen Irrthümern, die für die Prognose und Therapie gleich verhängnissvoll werden können, am besten schützen, wenn man stets die wesentlichste Eigenschaft hysterischer Affectionen, ihre Abhängigkeit von psychischen Vorgängen, ihre Beeinflussbarkeit durch Ablenkung der Aufmerksamkeit im Auge behält. Der Nachweis weiterer hysterischer Erscheinungen, besonders auch von Contracturzuständen in anderen Muskelgebieten, zeigt nicht selten den richtigen Weg bei den der Hysterie verdächtigen Bewegungsstörungen des Auges.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 22.)

**Pruritus.** Ueber Hautjucken, seine Ursachen und Behandlung, von Privatdoz. Dr. C. Bruns (Schluss). Auch eine häufige Erkrankung des Kindesalters gehört hierher: Der *Strophulus* (*Lichen urticatus*), der ein polymorphes Krankheitsbild bietet. Neben richtigen Urticariaquaddeln sieht man braunrothe derbe Knötchen, auch kleine und selten grosse Blasen. Vorwiegend sind diese Efflorescenzen

am Rumpf localisirt, oft in einzelnen Gruppen vorkommend, aber auch Extremitäten, Handteller und Fusssohlen können befallen sein. Das Jucken erfolgt anfallsweise, besonders in der Bettwärme. Eine Strophuluseruption heilt in einigen Tagen bis Wochen ab, häufig aber kommen Nachschübe, oft in grösseren Zwischenräumen Jahre hindurch. Manchmal hängt die Affection mit Verdauungsstörungen oder mit Ueberernährung, mit zu reichlicher Fleischernährung zusammen. Ein frisch ausgebrochener Strophulus kann zu Verwechslung mit Varicellen Veranlassung geben, wenn die Bläschenbildung sehr in den Vordergrund tritt; sehr bald aber wird das Bild der Polymorphie sich zeigen, auch Knötchen und Quaddeln auftreten, und die Diagnose Strophulus entschieden sein. Eine in der Praxis recht häufige Affection ist auch die *Neurodermitis chronica circumscripta* (Lichen Vidal). Sie ist charakterisirt durch ihr Auftreten in grösseren oder kleineren Plaques von braunrother infiltrirter Haut, und zwar ist die Haut innerhalb der befallenen Plaques ausgesprochen gefeldert, sodass sie in der That ein ähnliches Aussehen hat, als ob hier lauter braunrothe, flache polygonale Lichenknötchen ganz dicht nebeneinander ständen, denen natürlich die für den Lichen ruber planus charakteristische Delle fehlt. Diese Plaques sind mit feinen Schuppen bedeckt. Um eine dicht infiltrirte Plaque stehen in der Peripherie gewöhnlich eine Anzahl einzelner zerstreuter oder auch zu kleinen Gruppen vereiniger blassrother Knötchen, ebensolche können sich auch ganz entfernt von den Plaques finden. Diese Eruption geht meist, aber nicht in jedem Falle, mit heftigem Jucken einher. Prädispositionsstellen sind Nacken, Hals, Ellenbeuge, Kniebeuge, Innenseite der Oberschenkel, auch Anal- und Scrotalgegend. Manche haben das Leiden als primären P. localis mit secundärer Lichenification der Haut angesprochen, andere rechnen es zum Ekzem. Klinisch ist es mit letzterem kaum zu identificiren, doch scheinen aetiologisch nahe Berührungspunkte zu bestehen. Andere halten bei der von Neisser als „Dermatitis lichenoides pruriens“ bezeichneten Affection wieder infectiöse Ursachen für möglich. — Was nunmehr die *Therapie* anbelangt, so sind natürlich specielle Hautkrankheiten als solche zu behandeln. Bei der *Scabies*-behandlung hebt Autor hervor, dass die sicherste und billigste noch immer die Schwefelbehandlung ist. Er empfiehlt die ambulant ausführbare Schwefelcur, wie sie von Paris vom Hôpital St. Louis empfohlen ist. Die Patienten nehmen zuerst ein warmes Bad und werden dabei mit



Schmierseife abgerieben, dann erfolgt die einmalige gründliche Einreibung mit Schwefelsalbe (Sulfur. praecip. 30. Axung. porc. 100), die erst nach 8 Tagen wieder durch Baden entfernt wird. Die bisher gebrauchte Wäsche wird während der Cur durch Dampf desinficirt oder ohne Desinfection 8—14 Tage gesondert aufbewahrt. Auch für die Privatpraxis empfiehlt sich diese Behandlung; man kann das Bad weglassen, schreibt aber eine 2—3 malige gründliche Einreibung innerhalb 24—36 Stunden vor und lässt nach 3 Tagen ein Reinigungsbad nehmen (da an den Händen durch das Waschen die Salbe schon eher entfernt wird, lässt man die Pat. bis zum Reinigungsbad jeden Abend von neuem die Hände einreiben und sie dann mit übergezogenen Handschuhen schlafen). Bei *inneren* Grundleiden bedürfen natürlich diese einer Behandlung. Sehr schwierig ist oft die Behandlung des rein *nervösen* P. Hier richte sich die Therapie auch auf die *Psyche* des Kranken, da mit Hebung der allgemeinen Nervosität auch die Juckanfalle günstig beeinflusst werden. Die Anwendung *hydrotherapeutischer* Proceduren ist bei P. nur mit Vorsicht anzuwenden. Im allgemeinen wirkt kaltes Wasser auf das Jucken lindernd; aber man vergesse nicht, dass durch das auf die kalten Bäder oder Uebergiessungen folgende Abreiben leicht ein Hautreiz hervorgerufen wird, der das Jucken verschlimmert. Dagegen besänftigen kalte Umschläge oder Abtupfungen auf kleineren juckenden Hautparthieen, die vorsichtig trocken zu tupfen sind, fast immer zeitweise das Jucken. Noch mehr als bei kalten ist man bei warmen Vollbädern aufs Probieren angewiesen. Bei manchen Pat. tritt zweifellos eine Linderung ein (manchmal auch nach recht heissen!), bei anderen wird das Jucken darnach viel ärger. Häufiger als warme Vollbäder bewähren sich locale ganz heisse Bäder, z. B. wird der P. ani et genitalis durch 1—2 mal tägliche Sitzbäder von 30° R. (und darüber) manchmal sehr günstig beeinflusst. Ebenso wirken heisse Umschläge oft jucklindernd (desgleichen Schwitzproceduren, Glühlichtbäder etc.). In *Bade- und Curorten* erhalten nicht selten die Pat. erhebliche Linderung. Es kommen hier entweder die eigentlichen Bäder für Hautkranke mit ihren Schwefel-, kohlensauren Kalk- oder sonstigen Quellen oder besonders auch die specifischen Curorte in Betracht, in die wir die Pat. wegen ihrer inneren Leiden schicken und wo event. Badeproceduren mit der inneren Behandlung combinirt werden. Pat. mit nervös reizbarer Haut schicke man nicht in zu grosse

Höhen, wo viel Wind und Sonnenbestrahlung ist, auch nicht an die See, besonders nicht an die Nordsee, sondern in Curorte mittlerer Höhen. Das gilt für Pat. mit „nervösem“ P., denn bei anderen chron. juckenden Hautkrankheiten (Ekzem, Prurigo etc.) wirken Seebäder manchmal gerade gut. Jedenfalls kommen vorher verzweifelte Kranke oft ganz vergnügt aus Badeorten zurück, wo freilich eine Summe verschiedener Heilfactoren zusammenwirkt. Das *äussere hygienische Verhalten* der Pat. mit Hautjucken bedarf genauer Beachtung. Die *Kleidung* sei nicht zu dick und zu fest anliegend. Es wird oft Baumwolle oder Wolle als Unterkleidung schlechter vertragen, als leinene. Der Kranke decke sich nachts nicht zu warm zu, schlafe auf harter Unterlage. Nach Möglichkeit werde jeder Temperaturwechsel auf die Körperhaut vermieden. Umgrenzte Pruritusstellen kann man event. durch einen Zinkleimverband vor allem Temperaturwechsel und vor äusseren Reizen schützen. In der *Diaet* soll man alles weglassen, was Erhitzung der Haut bewirkt: *Alcoholica*, Kaffee, Thee, stark gewürzte Gerichte. Bei der *internen* Behandlung wäre hervorzuheben, dass in vielen Fällen von *Urticaria* auch dann, wenn von einer eigentlichen Anomalie des Gastrointestinaltractus nichts nachweisbar ist, eine nicht zu starke, durch 2—3 Wochen fortgesetzte *Abführcur*, z. B. mit Karlsbader Salz, sehr wirksam ist. Bei P. nervosus ist zunächst *Brom* zu versuchen. Nicht selten wirkt auch *Antipyrin* gut, ebenfalls Abends genommen, oder (nach Neisser) Brom und Antipyrin gemischt. In hartnäckigen Fällen muss man wohl zu Schlafmitteln und Morphium greifen. Von speciellen jucklindernden Mitteln ist zunächst als zweifellos oft wirksames Mittel *Atropin. sulfur.* (Pillen zu  $\frac{1}{2}$  mg, Abends 1—2 Stück, im Ganzen 20—30 hintereinander) zu nennen. Auch *Salol* und *Aspirin* sind öfters wirksam, Arsen seltener. Von äusseren Medicamenten sind zu erwähnen Umschläge mit *essigsaurer Thonerde*, schwacher *Resorcinlösung*, Antupfungen mit *Thymol-* oder *Mentholspiritus* (1%). Die Application solcher Medicamente in *Salbenform* ist von nachhaltigerer Dauer, und es wirkt namentlich das *Menthol* in der der Haut fest anhaftenden Zinkpaste ausserordentlich angenehm kühlend; man fange aber mit schwachen Concentrationen ( $\frac{1}{2}$ %) an und steige allmählich auf 1—2%, weil manche Pat. stärker darauf reagiren. Auch *Carbolsäure* wirkt in Form des 1—2%igen Carbolspiritus oder Carbolvaseline jucklindernd. Oft wird folgende Salbe sehr angenehm empfunden:

Rp. Liq. Alumin. acet. 10,0  
Lanolin. ad 100,0

*Bromocollsalbe* (10—20%) ist ebenfalls zu empfehlen. *Tumenol* ist ein vorzügliches jucklinderndes Mittel, dabei nicht reizend, daher bei juckenden Ekzemen gut verwendbar:

Rp. Tumenol. 5,0—10,0  
Past. Zinc. ad 100,0

Zum Pinseln ist zu empfehlen:

Rp. Tumenol. 5,0  
Spirit.  
Aether.  
Glycerin. aa 15,0 (Jessner).

Die gleiche jucklindernde Eigenschaft ist dem *Thigenol* (in 5—10%iger Verbindung mit Zinkpaste) zuzuschreiben. Stark wirkt auch der *Theer*, doch wird er von einer empfindlichen, besonders ekzematösen Haut oft nicht vertragen, ist daher zunächst probeweise auf kleine Strecken zu appliciren. Es kann zur Pinselung z. B. *Liq. Carbonis detergens* verwendet werden, oder man applicirt  $\frac{1}{2}$ —3%ige Theerzinkpaste. Das farblose *Anthrasol* verdient Empfehlung zu Pinselungen in 10%iger Lösung (in Spiritus oder Aceton), als Salbe (1—3% mit Zinkpaste) oder nach Sack:

Rp. Anthrasol.  
Lanolin. aa 5,0  
Ung. Glycerin. ad 50,0

Bei P. ani wirken manchmal *Resorcinzinkpasten* 1—2% und *Chrysarobinzinkpasten* ( $\frac{1}{4}$ —1%) gut. Neisser empfahl:

Rp. Flor. Zinc.  
Talc. venet.  
Glycerin.  
Aq. dest. aa 25,0  
Liq. carbonic. deterg. 5,0—10,0  
Ichthyol. 3,0—5,0—10,0.

Diese Lösung bildet aufgespritzt auf der Haut einen Ueberzug, der Luftabschluss herbeiführt und schon dadurch juckstillend wirkt, sie reizt meist nicht und ist leicht mit Wasser oder Spiritus zu entfernen. In neuerer Zeit ist bei hartnäckigen Fällen von P. auch die *Röntgenbehandlung* mit Erfolg benützt worden.

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1905 No. 7.)

**Rheumatismen. Erfahrungen mit Nirvenol** veröffentlicht

Dr. Weissmann (Lindenfels). Nirvenol, von der Chem. Fabrik Erfurt hergestellt, ist eine Einreibung, welche namentlich bei rheumatischen und neuralgischen Beschwerden schmerzlindernd wirken soll. Es besteht das Mittel aus 45 Th. Tinct. *Physalis angulatae* (in Westindien und Südamerika einheimische Pflanze, zu den Solanaceae gehörend), 25 Th. Extr. Riten-Rina (eine Caryophyllacea, in Südamerika zu finden) und 30 Th. Spirit. vin. Vor dem Schlafengehen sollen die kranken Stellen 20 Minuten lang damit eingerieben werden. Autor hat die Wirkung des Mittels schätzen gelernt; sie ist eine sehr prompte. Auch bei Schmerzen infolge Contusionen, Zerrungen, Quetschungen, Fracturen u. s. w. wirkte Nirvenol eclatant schmerzstillend ein.

(Aerztl. Rundschau 1905 No. 17.)

- **Zur percutanen Salicylbehandlung** macht Dr. Edm. Saalfeld (Berlin) die Mittheilung, dass er die früher „Velosan“, jetzt „Fetrosal“ genannte Salbe, bestehend aus Salicyl, Salol und Fetron, bei 50 Fällen daraufhin untersucht hat, ob sie Hautreizungen hervorbringt. Dies geschah nie, ja sie brachte sogar leichtere Dermatosen zur Abheilung. Die Salbe verdient also Empfehlung bei rheumatischen Affectionen.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1905 No. 19.)

- In einer Arbeit: **Beiträge zur intravenösen Injektionstherapie** theilt Dr. W. Doeven speck (Essen) die Erfahrungen mit, die er mit *intravenösen Salicylinjectionen* und mit *intravenösen Thiosinamininjectionen* gemacht hat. Was erstere anbelangt, so waren die Erfolge nicht sehr befriedigend, ausserdem machten sich nicht selten Unannehmlichkeiten und üble Zufälle geltend. Es handelt sich ja zweifellos um eine dankenswerthe Bereicherung unserer Salicylbehandlungsmethoden, die aber erst da in Betracht kommt, wo die externe und interne Behandlung versagt oder irgendwie Schwierigkeiten bereitet. Das Gleiche lässt sich auch von den Thiosinamininjectionen sagen, und gelangt Autor zu dem Schluss, dass die intravenöse Methode der Arzneiapplicationen nie die „Therapie der Zukunft“ werden wird, wie Mendel meint. Die Methode ist vorläufig noch viel zu wenig wirksam, als dass der prakt. Arzt die schwer wiegenden Nachtheile wird in den Kauf nehmen wollen. So wird in der Therapie der rheumatischen Affectionen die Attritincur bis auf Weiteres

wenigstens der internen Medication mit Natr. salicyl. und Aspirin keine ernstliche Concurrenz machen können und für Ausnahmefälle reservirt bleiben.

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1905.)

- Die **intravenöse Anwendung der Salicylsäure bei acutem, fieberhaftem Gelenkrheumatismus** hat Dr. W. Winckelmann (Augusta-Hospital zu Cöln) versucht und führt vierzehn Krankengeschichten an. Ueber das Resultat sagt er: „In allen Fällen — mit Ausnahme des unter Nr. 8 aufgeführten, der wegen des Schüttelfrostes bei der Beurtheilung ausfällt — sahen wir von der intravenösen Injection der Salicylsäure auch bei den fieberhaften Formen des Gelenkrheumatismus einen guten, zum Theil sogar ganz verblüffenden Augenblickserfolg, während eine Heilung nur bei einigen mit dieser Methode herbeigeführt werden konnte. Eine Beeinflussung des Fiebers sahen wir in vier Fällen deutlich, in einem nur gering. Eiweiss und Cylinder im Sediment des Harnes traten in zwei Fällen zu Tage. Eine Verkürzung der Behandlungszeit wurde nicht erzielt. An unerwünschten Nebenwirkungen trat einmal ein leichter, ein andermal ein schwerer Schüttelfrost im Anschluss an die Injection auf. Darnach hat die Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus mit endovenöser Anwendung der Salicylsäure gegenüber der Darreichung derselben per os keine wesentlichen Vortheile; allenfalls ist eine einmalige intravenöse Injection von 2—3 ccm der Mendel'schen Lösung als erste Medication, an die sich sofort interne Gaben von Salicylsäure anschliessen, zur Behebung der Schmerzen angebracht. Doch hat vielleicht statt dieser einen Spritze Mendel'scher Lösung eine subcutane Morphinjection den gleichen Erfolg.

(Medicin. Klinik 1905 No. 29.)

- Die **Anwendung des Mesotanvaselins** empfiehlt Dr. J. Ruhemann (Berlin). Während die übliche Mischung von Mesotan und Oel zu gleichen Theilen nur aufgespritzt, nicht eingerieben werden kann, will man nicht heftige Dermatitis hervorrufen, lässt sich, wie Autor gefunden hat, Mesotansalbe (Mesotan 5,0 auf Vaseline 15,0—20,0) kräftig und wiederholt an derselben Stelle einmassiren, ohne dass sich Dermatitis oder Ekzem entwickelt; die massirte Stelle erfährt auch nachträglich keine Reizung, wenn nach Application der Salbe die Hautparthie in Watte gewickelt wird. Auch Kinder vertragen die Salbe ausgezeichnet, wie

Autor z. B. bei einem achtjährigen Mädchen sah, das unter ziemlich energischer Anwendung der Salbe seinen acuten Gelenkrheumatismus rasch verlor. Die Salbe wirkt prompt bei *acuten und subacuten Rheumatismen*, besonders beim acuten Gelenkrheumatismus. Der geringere Gehalt der Salbe an Mesotan gegenüber der  $\overline{aa}$  partes gehaltenen Mesotanölmischung thut der Wirkung keinen Abbruch, weil dafür die Salbe energisch eingerieben werden kann. Auch beim *Erysipel* bewährte sich die Salbe, desgleichen bei *Neuralgien*. Auch bei chronischen Rh. übt sie eine gute Wirkung aus, auch lässt sie sich mit Erfolg benützen zur Massage bei schmerzhaften chronischen Affectionen der Gelenke, Sehnen, Muskeln u. s. w. Man verordnet:

Rp. Mesotan. 5,0

Vaselin. americ. flav. 15,0

Der Preis dieser Salbe in weisser Büchse stellt sich auf Mk. 1,50, des doppelten Quantums auf Mk. 1,85 und die Composition 10 + 40 kostet nur Mk. 1,90. Kühles Aufbewahren der Salben ist erwünscht.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 19.)

- Die **Behandlung des Gelenkrheumatismus mit Acid. citric.** hat schon früher Jorisienné empfohlen, jetzt thut es von neuem Huchard (Paris). Derselbe giebt Personen, die Salicyl nicht vertragen:

Rp. Acid. citric. 5,0—10,0

Syr. Papav.

Syr. Ceras.  $\overline{aa}$  25,0

Aq. dest. 250,0

M. D. S. zweistündlich 2—3 Esslöffel.

Bei dieser Medication sah Jorisienné Schmerzen und Schwellungen nach zwölf Stunden verschwinden, und Huchard ebenso.

(Journal des pratic. 1905 Nr. 12. — Therap. Monatshefte, Mai 1905.)

**Syphilis. Enésol, ein neues Quecksilberpräparat zur Injectionstherapie der S.** hat Dr. E. Habrich im k. k. Rudolfsplatz in Wien (Prof. Mracek) angewandt. Enésol, von der Pariser Firma Clin & Co. hergestellt, ist eine Verbindung von salicylarsensaurem Quecksilber (38,46% Hg und 14,4% Arsen) und ist in sterilisirten Ampullen à 2 ccm einer 3%igen Lösung erhältlich; 1 ccm dieser Lösung enthält also 0,03 g Enésol, d. i. 0,0115 g metallisches Hg und 0,0043 g Arsen. Die Injectionen wurden

intramuskulär gemacht, und bekamen die ersten sechzehn Fälle täglich eine Injection von 0,5—1 ccm. Da diese gut vertragen wurden, injicirte Autor später täglich 2—3 ccm, was auch gut tolerirt wurde. Im Ganzen wurden bisher dreissig Fälle der verschiedenen Formen von S. dieser Therapie unterworfen, die sich bestens bewährt hat. Enésol zeichnet sich vor den übrigen Quecksilberpräparaten durch folgende Vorzüge aus:

1. Rasches Schwinden der Syphiliserscheinungen;
2. infolge seiner geringen Toxicität Ermöglichung der Verabreichung bedeutend grösserer Dosen, als bei den anderen Präparaten;
3. nahezu gänzlich Fehlen von Schmerzen und Infiltratbildungen an den Injectionsstellen;
4. infolge der gleichzeitigen dynamischen Wirkung des im Enésol enthaltenen Arsens Hebung des Kräftezustandes.

Enésol stellt demnach eine werthvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes dar.

(Pharmakolog. und Therap. Rundschau 1905 Nr. 7.)

- **Ueber Jodfersan bei Lues** hat Prof. Dr. Bennighoven (Berlin) sehr günstige Erfahrungen gesammelt. Fersan selbst ist als vorzügliches Nahrungsmittel, aber auch als Kräftigungs- und nervenstärkendes Mittel ersten Ranges zu betrachten, das ganz besondere Wirkung entfaltet bei allen schweren Fällen von Anaemie, die mit nervösen Störungen einhergehen, wie dies bei vielen Fällen von schwerer S. der Fall ist. Diese Wirkung des Fersans erklärt sich wohl einerseits aus seinem Gehalt an Phosphor, dann aber auch aus seiner Eigenschaft, den Magen unverändert zu passieren und erst im Darm vollständig zur Resorption gelangen. Es hat dazu keinen unangenehmen Geruch oder Geschmack und wird von den Verdauungsorganen gut tolerirt, übt keinen Reiz auf den Darm aus und färbt den Stuhl nicht schwarz, ein Beweis, dass das in ihm enthaltenen Eisen fast vollständig vom Körper resorbirt wird. Wenn wir alles dies berücksichtigen und gleichzeitig an die anerkannte Heilwirkung des Jodkali bei tertiärer S. denken, so können wir von vornherein annehmen, dass die Combination beider Mittel, wie sie uns in den Jodfersan-Pastillen vorliegt, besonders wirkungsvoll sein muss. Und das war auch der Fall bei den Versuchen, die Autor damit anstellte. Er wandte die Pastillen nicht nur im Spätstadium der S. an, sondern auch nicht

selten im Secundärstadium, und zwar hauptsächlich da, wo nach reichlicher Quecksilberzufuhr ein Aussetzen damit geboten erschien, oder wo sich die Pat. weigerten, Hg weiter zu gebrauchen. Stets handelte es sich um sehr anaemische Pat. mit S., welche die Pastillen bekamen. Letztere enthalten eine jede 0,2 g Fersan und 0,05 g Jodkali. Die Pat. nahmen viermal täglich drei- oder zweimal täglich sechs Pastillen vor den Mahlzeiten (also pro die 0,6 g, pro Woche 4,2 g Jodkali), also verhältnissmässig geringe Dosen. In einigen Fällen fand bereits nach vierzehn Tagen eine Zunahme der rothen Blutkörperchen, Besserung des Allgemeinbefindens und Erhöhung des Körpergewichtes statt, auch dieluetischen Erscheinungen liessen in einer grösseren Anzahl von Fällen auffallend rasch nach. Die Pastillen wurden stets gern genommen und belästigten den Verdauungstractus nicht. Es giebt auch Jodfersan-Chocoladepastillen für Kinder (Fersan 0,25 + Kal. jod. 0,02), die sehr angenehm schmecken und in Schachteln zu 50 Stück erhältlich sind (Mk. 2,50, Kassenpackung Mk. 2,20); die Pastillen für Erwachsene kosten 100 Stück Mk. 3 (Kassenpackung Mk. 2,50).

(Monatsschrift f. Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene 1905 No. 4.)

- Ueber die Behandlung der hereditären S. des Säuglings lässt sich Dr. B. Salge (Berlin) aus. Das souveräne Mittel ist das Quecksilber. Sehr beliebt sind die *Sublimatbäder* (1 : 20 000, d. h. man setzt dem Bade von 20 l 1 g Sublimat zu); am besten verordnet man das Sublimat in einer Lösung von 4—6 : 200 und lässt den vierten Theil dem Bade zusetzen. Diese Behandlung ist bequem, hat aber zwei Uebelstände; bei nicht sehr afficirter Haut wird nicht viel von dem Hg resorbirt, und wird dasselbe resorbirt, so weiss man nie auch nur annähernd, wie viel es ist. Die *Schmiercur* hat den Uebelstand, dass graue Salbe bei Kindern nicht selten intensive Ekzeme verursacht. Besser wird die Sache, wenn man verordnet:

Rp. Hydrarg. colloid. 1,0  
Lanolin. 30,0  
Div. in past. aeq. X.

Am einfachsten ist die *Interncur*. Calomel wirkt freilich unangenehm durch die Durchfälle. Praktischer ist die Ordination von Hydrarg. jodat. flav. in Dosen von 5 mg bis 1 cg zweimal täglich. Ideal ist die *Spritscur*, und zwar nach



der Methode von Imervol, nach der man 2—4 mg injicirt, und zwar wöchentlich nur einmal, im Ganzen dreibis viermal. Man verschreibt:

Rp. Hydrarg. bichlorat. 0,2

Natr. chlorat. 0,2

Aq. dest. 10,0

S. einmal wöchentlich  $\frac{1}{10}$  ccm  
zu injiciren.

Die Injection erfolgt intramusculär in den äusseren oberen Quadranten einer Hinterbacke; da mit den Injectionen abgewechselt wird, so wird in jede Hinterbacke nur alle vierzehn Tage und während einer Cur im Allgemeinen nur zweimal eingespritzt; die Injectionen sind nur sehr wenig schmerzhaft und von keinerlei unangenehmen Folgen. Man benützt am besten Glasspritzen mit eingeschliffenem Glasstempel, der oben ganz eben ist, sodass sehr genaue Einstellung erfolgen kann. Autor hat bei dieser Behandlung überraschend schnelle Heilungen erlebt. Bei den leichteren Fällen kommt man mit der Interncur mit kleineren Dosen aus, für die schwereren dürfte hauptsächlich Spritzcur mit höheren Dosen (3—4 mg beim Säugling) indicirt sein, ausserdem vielleicht bei intacter Haut Schmiercur, bei excoriirter Sublimatbäder. Die Cur soll im Allgemeinen sechs Wochen dauern, nur bei der Spritzcur nach Imervol kann man sich mit vier Einspritzungen begnügen. Die Cur wiederhole man im zweiten und dritten Lebensjahre. — Was die *symptomatische* Therapie anbelangt, so bekämpft man den *Schnupfen* durch Einblasungen mit Calomel 1,0 : Sacch. 20,0 oder man führt Tampons mit rother Praecipitatsalbe ein oder bepinselt die Nasenschleimhaut mit Argent. nitr. oder Hydrarg. colloid. Einen ausgezeichneten Erfolg erreicht man mit Nebennierenpräparaten. Am bequemsten und billigsten ist die Verwendung der Soloid-Hemisin-Tabletten, von denen eine, in 5 ccm Wasser oder Kochsalzlösung gelöst, eine Lösung von 1 : 1000 giebt; damit werden Wattetampons getränkt und mehrmals täglich in die Nase gesteckt. Das Kind athmet sofort freier und trinkt besser.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 22.)

**Tuberculose.** Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit Phenosalyl berichtet M. W. Dempel (Jaltasches Sanatorium), der das Präparat bei einer grösseren Anzahl von Fällen angewandt. hat. Phenosalyl (Höchster

Farbwerke) besteht aus Carbolsäure, Salicylsäure, Benzoesäure, Citronensäure, Glycerin und ätherischen Oelen. Autor applicirte eine 3%ige wässrige Lösung nach Cocainisirung der Schleimhaut mit:

Rp. Cocain.

Antipyrin.  $\overline{aa}$  0,5

Acid. carbolic. 0,1

Aq. dest. 10,0

Die Bepinselungen wurden zwei- bis dreimal wöchentlich ausgeführt, in manchen Fällen mussten sie täglich stattfinden. Waren die spontanen Schmerzen gering, so war eine vorangehende Cocainisirung nur kurze Zeit, drei- bis viermal erforderlich, in ernsteren Fällen länger, in schweren Fällen stets. Am besten wirkte die Behandlung bei seichten Geschwüren und Erosionen; die Heilung vollzog sich hier bisweilen frappirend rasch, nach drei bis fünf Pinselungen. Tiefere Geschwüre erheischten eine längere Behandlungsdauer (ein bis zwei Monate) und verheilten häufig überhaupt nicht. Mässige Infiltrationen machten zwar eine beharrliche Phenosalylanwendung erforderlich, boten aber nichtsdestoweniger im Sinne einer Heilung ziemlich dankbare Formen. Bedeutende Infiltrationen trotzten meist der Behandlung und Schwellungen der Knorpel bildeten das undankbarste Feld. Jedenfalls wirkte Phenosalyl oft recht schmerzlindernd und übte einen günstigen Einfluss auf die Schlingbeschwerden aus. „Alles in Allem glaube ich sagen zu können, dass wir im Phenosalyl ein ziemlich gutes Mittel zur Behandlung bei Kehlkopftuberculose haben, welches jedenfalls nicht schlechter ist, als die bis jetzt vorhandenen Mittel.“

(Therap. Monatshefte, April 1905.)

— **Zur medicamentösen Behandlung der Lungentuberculose**

empfiehlt Dr. C. Stern (San Remo) das *Pneumin*, mit dem er bei 40 Pat. mit allen drei Stadien der Phthise Versuche angestellt hat. Jeder bekam dreimal täglich 0,5 g als trockenes Pulver. In keinem Falle zeigte sich eine unangenehme Nebenwirkung des Präparates, das angenehm und bequem zu nehmen ist. Geschadet hat es also nie, im Stich gelassen mitunter, geholfen oft, und zwar nicht nur im Anfangsstadium, sondern auch in mittelschweren und schweren Fällen. Es übte günstigen Einfluss auf Appetit und Körpergewicht aus, beeinflusste oft das Fieber günstig, ebenso Husten, Auswurf und Schweisse.

Auch in schweren Fällen gelang es oft, die Pat. von den quälendsten Erscheinungen zu befreien und ihr Leben zu verlängern. Das Mittel ist nicht theuer und eignet sich sehr für die Kassenpraxis.

(Therap. Monatshefte, Mai 1905.)

- **Ueber Schmierseifenbehandlung tuberculöser Erkrankungen** macht Dr. W. Wolff (Poliklinik von Senator, Berlin) Mittheilung. In einer Reihe von Fällen tuberculöser Lungenspitzenkrankungen, die mit Einreibungen von Schmierseife behandelt wurden, konnte die ausgezeichnete Wirkung dieses Mittels constatirt werden. Es wurde dreimal in der Woche der ganze Körper eingeschmiert und nach  $\frac{1}{2}$  Stunde durch laues Bad oder laue Uebergießung die Seife wieder entfernt. Diese Anwendung ist die einfachste, für jeden Pat. passend und für die häusliche Behandlung am meisten zu empfehlen. Benützt wurde nur Sapo kalin. alb., wobei Ekzeme ausbleiben. Sonst wurden jene Fälle keiner Behandlung unterzogen, abgesehen von symptomatischer (Expectorantien, wenn nöthig Narcoticum). Erfolge sehr befriedigend. Zunächst Hebung des Appetits, Besserung der Allgemeinerscheinungen, Gewichtszunahme, sehr rasche Besserung der subjectiven Beschwerden, der Nachtschweisse, allmähliches Zurückgehen auch der localen Erscheinungen. Nachtheile der Schmierseifenbehandlung zeigten sich nie. Die Cur ist billig, in jedem Haushalt anzuwenden. Oft ist eine Ueberweisung lungenkranker Pat. in eine Heilanstalt wegen Ueberfüllung oder weil die Kranken für ihre Familie zu sorgen haben, nicht möglich. In solchen Fällen hat Autor hauptsächlich das Verfahren angewendet und glaubt dasselbe, obwohl erst etwa 30 Pat. so behandelt worden sind und die Beobachtungsdauer erst drei Monate beträgt, doch schon jetzt empfehlen zu dürfen.

Wiener klinisch-therap. Wochenschrift 1905 No. 23.)

**Vitia cordis. Etwas über die Wirkung des Digalen** bringt Dr. A. Kollick (Settenz). Er beschreibt fünf Fälle, bei denen das Digitoxin solub. Cloetta der Firma Hoffmann-La Roche & Co. in Basel sich bestens bewährt hat, und schliesst:

„Kurz zusammengefasst zeigte mir wenigstens die Digalenthherapie entgegen der bisherigen Digitalistherapie folgende Vorzüge:

1. Die Wirkung des Digalens ist sicherer als die des Inf. fol. digitalis; es ergibt sich dies daraus, dass in Fällen, wo längere Zeit fortgesetzte Darreichung von Inf. fol. digital. keinen oder nur sehr geringen Erfolg zeigte, nach Einverleibung von Digalen ausgesprochene Wirkung eintrat; es ist ja der Gehalt des Digalens an wirksamer Substanz (Digitoxin) ein constanter gegenüber der variablen Menge der wirksamen Bestandtheile der Fol. digital. — Es ist daher 2. die Dosirung eine viel genauere. 3. wirkt das Digalen viel schneller als Inf. fol. digital., und es eignet sich die Digaltherapie daher besonders für Fälle, wo ein recht rasches Einsetzen der Digitaliswirkung erwünscht ist. 4. Habe ich nie eine üble Nebenwirkung gesehen und nie trat Abneigung gegen das Medicament ein.“

(Prager med. Wochenschrift 1905 No. 18.)

— **Klinische Erfahrungen mit Digalen** publicirt Dr. K. Hochheim (Städt. Krankenanstalt Magdeburg-Sudenburg). Das Mittel wurde meist subcutan injicirt, einige Male auch intravenös, manchmal auch intern gegeben in folgender Form:

Rp. Digalen 10,0  
Aq. Menth. pip. ad 100,0  
S. Dreimal täglich 1 Kinderlöffel.

Das Mittel erwies sich als gutes Cardiotonicum. Es erhöhte den Blutdruck, wirkte bei Arrhythmie regulirend auf die Herzthätigkeit, setzte bei hochgradiger Beschleunigung der Herzthätigkeit die Zahl der Contractionen herab, wirkte bei auf Compensationsstörungen beruhenden Stauungszuständen stark diuretisch und brachte letztere zum Verschwinden. Die subcutanen Injectionen verursachten meist eine oder einige Stunden lang mässige brennende Schmerzen, zuweilen an den Injectionsstellen ziemlich ausgedehnte weiche Schwellungen, die manchmal auch recht schmerzhaft waren. Bei intravenösen Injectionen, die auch am schnellsten wirken, kamen solche locale Reizerscheinungen nicht vor. Intern gegeben wurde Digalen gut vertragen, auch schien die Wirkung bei subcutaner und innerlicher Anwendung gleich gut zu sein.

(Centralblatt f. innere Medicin 1905 No. 22.)

## Vermischtes.

- **Flügeldrain** nennt Dr. Arth. Hofmann (Freiburg) eine Vorrichtung, welche verhindert, dass der Drain aus der Wunde herausgleitet, was besonders bei der Nachbehandlung eines operirten Pleuraempyems recht störend ist. Eine gewöhnliche Gummidrainröhre trägt an einem Ende eine zur Achse der Röhre senkrecht stehende Platte, die in vier Flügel ausläuft. Nach Einlegen des Drains werden letztere durch kleine Heftpflasterstreifen an der Haut befestigt, indem man sich möglichst weit von der Drainöffnung hält. Dadurch wird eine Durchtränkung des Klebstoffes weniger leicht möglich, bei unruhiger Lage des Pat. findet das über dem Drain hinweggleitende Verbandmaterial keinen Widerstand, und der Mangel einer Sicherheitsnadel wird vom Kranken nur wohlthuend empfunden. Der Drain wird in mehreren Grössen von Fischer, Freiburg i. B., Kaiserstr. 115, geliefert.

(Münch. med. Wochenschrift 1905 No. 17.)

- **Ueber Badecuren im Kindesalter** lässt sich Prof. O. Heubner (Berlin) aus. Er stellte, um sich über die Wirkungsweise des *Kochsalzbades* zu überzeugen, Versuche an zwei Kindern an. Es ergab sich als wesentliches Moment, dass die Solbadecur (in der Dauer von 9 Tagen) die Stickstoffbilanz in einem die Ausscheidung befördernden Sinne beeinflusst. In beiden Versuchen bewirkten die Salzbäder eine Steigerung der Zersetzungs Vorgänge im Körper. Wenn nun während des Solbädergebrauches das energische Bestreben des wachsenden Kindes, seinen Stickstoffbestand nicht nur festzuhalten, sondern sogar zu vermehren, in das Gegentheil verwandelt wird, so darf man wohl von einem energischen Einfluss einer solchen Cur auf die Bilanz des kindlichen Haushaltes reden. Das Solbad scheint nach des Autors Beobachtungen auf zweierlei Weise in den Stoffwechsel einzugreifen, erstens durch eine Ebbe- und Fluthbildung des Blutes zwischen Körperinnerem und der äusseren Oberfläche, und sodann durch eine Einwirkung auf die Ausbreitungen der peripheren vasomotorischen und wohl auch sensiblen Nerven.

Jedenfalls zeigten die Versuche — und das stimmt ja auch mit der täglichen Erfahrung überein — dass Solbäder eine eingreifende Cur darstellen oder wenigstens bei schwächlichen Kindern darstellen können. Jedes Solbad muss von einer guten Reaction gefolgt sein: es müssen gleichmässige rasche Erwärmung der Oberfläche, rothe Färbung der Schleimhäute, Nägel, Wangen, gute Beschaffenheit und mässige Frequenz des Pulses und wohliges subjectives Gefühl eintreten, und zwar mindestens  $\frac{1}{2}$  Stunde nach dem Bade; wollen sie beim umhergehenden Kinde sich nicht einfinden, so hat man Bettruhe nach dem Bade zu verordnen, und hat auch das nicht den gewünschten Erfolg, so ist die Cur aufzugeben. Blasse, magere und appetitlose Kinder mit Solbädern zu behandeln, hält Autor für ein Wagniss. In jedem Falle ist zu verlangen, wenn eine begonnene Solbadecur über Wochen fortgesetzt werden soll:

1. dass die Reaction nach dem Bade in der beschriebenen Weise eintritt,
2. dass der Appetit steigt, und mehr als vorher verzehrt wird,
3. dass das Körpergewicht steigt oder wenigstens nicht sinkt.

*Seebäder* sind potenzierte Solbäder, soweit die Beeinflussung des Stoffwechsels in Frage kommt. Denn hier addirt sich zum Reiz des Salzgehaltes des Wassers derjenige der kühlen Temperatur — einerseits des Wassers, andererseits der Luft beim Verlassen des Bades — und der Bewegung des Wassers. Es dürfte hier eine ganz energische Verbrennung auch der stickstofffreien Substanz sicher angeregt werden. Warme Seebäder werden wie einfache Solbäder zu werthen sein. Bei kalten werden die Indicationen mit noch grösserer Vorsicht zu stellen, die Controlle noch schärfer auszuüben sein. Wo dies geschieht, werden Seebäder freilich mit noch nachhaltigerem Erfolg in den Haushalt des kindlichen Organismus eingreifen, als die Solbäder. — *Kohlensäurehaltige Solbäder* wirken wahrscheinlich ebenfalls stärker ein, als einfache. Der Gaswechsel erfährt eine hohe Steigerung, das Wärmegefühl wird durch die Kohlensäure erregt. So wird man event. bei schwächlichen und blutarmen Kindern hier noch eine befriedigende Reaction erzielen, die beim einfachen Solbad versagt. Bei herzkranken Kindern wird man hier gute Erfolge erzielen, und bei rheumatischen

Herzkranken tritt noch eine weitere Indication hinzu: da die Temperatur eines solchen Bades, ohne dem Kinde unangenehm zu werden, allmählich unter die Indifferenzzone erheblich herabgehen kann, so lässt es sich als Einleitung für abhärtende Prozeduren benützen. Man lässt ihnen, nachdem die Kinder nach Hause zurückgekehrt sind, in vorsichtiger Steigerung die stärkeren hydrotherapeutischen Maassnahmen der Abreibung, Abgiessung u. s. w. folgen. Endlich dehnt sich die Anwendung dieser Badeform noch auf mancherlei im Kindesalter vorkommende Lähmungen aus. Namentlich jene zweifelhaften Schwächezustände, die manchmal nach Infectiouskrankheiten zurückbleiben, aber auch spontan kommen, wo die Diagnose zwischen functioneller Lähmung, Neuritis und leichter Poliomyelitis schwankt, gehören hierher. — Die *Moor- und Schlamm-bäder* werden viel zu wenig in der Kinderpraxis herangezogen. Sie dürften bei manchen Formen chronischer Ernährungsstörungen, z. B. beim Lymphatismus, wohl einer Prüfung werth sein, ebenso wie bei manchen Lähmungsformen, z. B. der cerebralen Kinderlähmung, wie beim chronischen Gelenkrheumatismus. — Auch die *Schwefelthermen* werden von den Pädiatern mit Unrecht vernachlässigt. Beim Ekzem, bei Urticaria, Lichen strophulus, bei scrophulösen Hautaffectionen, bei Furunculosis wären sie am Platze, und auch Lues tarda wäre in manchem Schwefelbade sehr gut aufgehoben. — Schliesslich weist Autor noch auf eine Indication der *warmen* event. bis zu *heissen* gesteigerten Bäder hin, die man in der Klinik öfters mit Nutzen verwerthet, und bei denen Autor auch bei Badecuren in Wildbädern (Teplitz, Wildbad, Gastein) zweifellose Besserungen gesehen hat: die spastischen Lähmungen, besonders die angeborenen oder sehr früh erworbenen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 17 u. 18.)

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

September

XIV. Jahrgang

1905.

## **Akne. Die Heilung der A. durch ein neues narbenloses**

**Operationsverfahren: das Stanzen**, verspricht Professor Kromayer (Berlin). Autor hat das Verfahren bereits früher genau geschildert (s. Excerpta S. 321) und zur Epilation empfohlen. Es hat sich aber auch bei A. als sehr wirksam erwiesen, und kommt Autor zu dem Resumé: Die Stanzmethode bietet ein ebenso sicheres wie rasches und bequemes Mittel, um

1. das Entstehen von Finnen an prädisponirten Follikeln zu verhindern,
2. die im ersten Beginn der Entwicklung begriffenen Finnen abortiv zu beseitigen,
3. ausgebildete Finnen schnell zu heilen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 20.)

— **Ueber die Wirkung des Bromipins bei den durch Brom erzeugten Hautaffectionen Epileptischer** hat Dr. Bökelmann (Kork in Baden) Versuche angestellt, die sehr günstig ausfielen. Eine Anzahl von chronischen Epileptikern, die an hartnäckiger Bromakne litten, erhielten weiter Bromipin statt anderer Brompräparate. Auf Grund der gemachten Erfahrungen kann nun Autor sagen: „Bromipin ist angezeigt bei allen durch Bromsalz erzeugten Hautaffectionen, da sein Gebrauch keinerlei Störung der Haut hervorruft; durch Bromsalze verursachte schwere Hautaffectionen verschwinden nach Bromipinanwendung verhältnismässig rasch und vollständig.“

(Aerztl. Rundschau 1905 No. 27.)



**Arzneiexantheme. Ueber tödtlich verlaufende Queck-**

**silberdermatitiden** lässt sich Dr. H. Meyer (Klinik f. Hautkrankheiten Kiel) aus im Anschluss an eine Beobachtung. Es handelte sich um eine von einem Arzt mit einer Schmiercur behandelte Frau, die mit einer schweren universellen scarlatiniformen Quecksilberdermatitis am 23. X. 04 in die Anstalt kam, wo sie am 8. XI. unter Delirien und Collaps an ihrem Leiden verstarb. Schwere Hauterkrankungen bei tödtlich verlaufender Intoxication nach medicamentöser Darreichung von Hg sind gar nicht so selten. Was obigen Fall besonders bemerkenswerth machte, war sein recidivirender Verlauf. Das Krankheitsbild setzte sich zusammen aus vier unter sich gleichen und in ihrem Verlauf ganz typischen Anfällen. An jedem einzelnen von den letzteren wiederum konnte man drei Stadien unterscheiden: ein Prodromalstadium, ein solches der Bläscheneruption mit nachfolgendem Platzen der Bläschen und Nässen, und schliesslich ein drittes der Desquamation. Das Prodromalstadium äusserte sich durch allgemeines Krankheitsgefühl. Pat. klagte über Unbehagen, Appetitlosigkeit und Juckreiz in der Haut, die sich heiss und trocken anfühlte. Dies Stadium war nur kurz oder fehlte ganz. Nun folgte unter zunehmender Intensität dieser Symptome das Stadium der Eruption. Unter unerträglichem Hitze- und Juckgefühl erschienen fast am ganzen Körper grosse, in weiter Ausdehnung zusammenfliessende dunkelrothe Flecke, begleitet von starkem Oedem der Haut, auf denen sich, an variirenden Körpertheilen beginnend, dann aber ebenfalls sich schnell ausbreitend, miliare Bläschen etablierten mit anfangs hellem, später trübem Inhalt. Dies Stadium ging regelmässig mit einem Temperaturanstieg einher, der seinen Höhepunkt zu erreichen pflegte, wenn die Bläschen platzten. Mit dem Beginn des dritten Stadiums, der Desquamation, ging die Temperaturcurve wieder herunter, die Haut verlor jetzt ihre tiefrothe Farbe, die nässende Fläche trocknete ein und es begann die Abschuppung. Von einer nennenswerthen Stomatitis, von schweren Darmaffectionen, von primären Störungen von Seiten des Nervensystems war keine Rede; die Hauterkrankung beherrschte das Krankheitsbild vollkommen bis zum Exitus, der beim dritten Recidiv eintrat. Die Quecksilberidiosynkrasie, die hier sich geltend machte, konnte nur eine erworbene sein. Die Pat. machte 33 Inunctionen durch, die ihr nicht schaden, erst dann zeigte sich plötzlich die Nebenwirkung. Blaschko

hat von einem Falle berichtet, wo die Idiosynkrasie der Haut erworben wurde durch ein zu heisses Bad, das die Haut des Pat. in einen abnormen Reizzustand versetzte. Auch in obigem Falle schien etwas Aehnliches vorzuliegen, nämlich der Wechsel des Constituens. Zu den ersten 30 Inunctionen war graue Salbe benutzt worden, von da ab verwandte Autor Mollin. Es ist möglich, dass letzteres nicht vertragen wurde, und dass der dadurch bedingte Reizzustand der Haut die Idiosynkrasie geschaffen hat. Dass aber ausserdem noch die cumulative Wirkung des Quecksilbers, die wohl durch eine bei der Pat. bestehende Schrumpfniere infolge mangelhafter Ausscheidung des Mittels durch den Harn noch erhöht wurde, speciell für die Intensität der Krankheitserscheinungen verantwortlich zu machen ist, ist nicht zu bezweifeln.

(Medicin. Klinik 1905 No. 19.)

- Ueber eine seltene Localisation eines Antipyrinexanthems berichtet Dr. H. Loebl (Wien). Ein sonst gesunder, nur öfters an Kopfschmerzen leidender Herr erkrankte im Juni und Oktober 1904, Ende Januar und am 1. März 1905 (im Ganzen viermal) an einer von Anfall zu Anfall an Intensität sich steigernden Affection der Mundschleimhaut, die 10—14 Tage zur Heilung brauchte. Der letzte Anfall begann am 1. März 1905 um 3 Uhr Nachmittags mit dem Gefühl des Lahmwerdens der Zunge, dann trat Prickeln und Jucken in Lippen, Wangen und Zunge auf. Um 5 Uhr war die Zunge merklich geschwollen, das Sprechen erschwert. Um 7 Uhr zeigten sich im ganzen Bereich der Mundhöhle durchsichtige linsen- bis bohnen-grosse, mit klarem Serum gefüllte Bläschen. Dieselben platzten in den nächsten Stunden und Tagen und hinterliessen flache Geschwüre. Am 3. März fand Autor am harten Gaumen zwei geplatzte Blasen, missfarbig belegte oberflächliche Geschwüre an Lippen- und Wangenschleimhaut, die untere Fläche der Zunge und den Mundhöhlenboden mit grossen, erhabenen, weisslichen Wülsten bedeckt, die dazwischen liegende Schleimhaut dunkelroth und geschwollen; Rachen- und Larynxschleimhaut geröthet; starker Foetor ex ore; Fieber bis 39°. Am 15. März Restitutio ad integrum. Offenbar hatte Stomatitis ulcerosa vorgelegen; aber die Aetiologie? Ein namhafter Dermatologe, der den dritten Anfall beobachtet, beschuldigte die schadhaften Zähne; Pat. liess dieselben gründlich repariren, aber der Anfall kehrte doch wieder. Skorbut, Diabetes, Leukaemie

und dergl. waren auszuschliessen, ebenso Lues, Tuberkulose. Autor verfolgte noch einmal die Anamnese und erfuhr zunächst, dass am 2. März, also einen Tag nach Auftreten jener Stomatitis, unter Kriebeln und Jucken aller Extremitäten sich ein bis dahin noch nie beobachtetes Oedem beiderseits am Handrücken gezeigt habe, das noch am selben Tage schwand; auch sah Pat. am linken Oberarm eine grosse rothe Quaddel. Auf die Frage nach eingenommenen Medicamenten gab Pat. an, dass er bei Kopfschmerz ein Pulver, bestehend aus 0,2 Phenacetin und 0,8 Migraenin, zu nehmen pflegte, und dass er am 1. März um 1 Uhr ein solches Pulver genommen habe; wahrscheinlich sei dies auch vor den anderen Anfällen geschehen.

(Medicinische Blätter 1905 Nr. 27.)

- **Ueber artificielle Dermatitis, hervorgerufen durch den Gebrauch eines Haarfärbemittels** berichtet Dr. Carl Bohac (k. k. deutsche dermatolog. Universitätsklinik in Prag). Das salzsaure Paraphenylendiamin, das in neuerer Zeit als Haarfärbemittel benützt wird, ist für die Haut nicht unschädlich. *Nucin*, ein Haarfärbemittel, bestehend aus 1%iger Lösung dieses Stoffes, 5% Wasserstoffsuperoxyd und 0,5% Kalilauge, gebrauchten zwei Pat. und zogen sich dadurch eine acute bullöse Dermatitis zu. Bei dem einen Pat. genügte dazu eine einzige Application, der andere wandte das Präparat mehrmals an, ehe sich die Dermatitis zeigte. Bei diesem und ähnlich zusammengesetzten Haarfärbemitteln ist also Vorsicht geboten!

(Prager med. Wochenschrift 1905, No. 28.)

- **Ueber Isoformdermatitis bei einem mit Jodoformidiosynkrasie behafteten Kranken** berichtet Privatdoc. Dr. E. Hoffmann (Berlin, Universitätsklinik f. Hautkrankheiten). Bisher wurde immer vom Isoform gerühmt, dass es eine schädliche Nebenwirkung auf die gesunde Haut nicht habe. Obiger Fall zeigt nun, dass Isoform selbst in schwacher Concentration auf gesunder Haut eine intensive Dermatitis hervorrufen kann. Junger kräftiger Mann kam wegen eines Zoster am Penis in Behandlung, die Affection heilte unter Airol rasch ab. Wegen gleichzeitig bestehender angeborener Phimose wurde dann eine kleine Operation ausgeführt und die durch Nähte geschlossenen Wunden mit 3%iger Isoformgaze verbunden. Bereits nach einigen Stunden Jucken und Brennen. Am folgenden Tage Haut des Penis, Scrotums und der angrenzenden Parthieen der

Bauch- und Oberschenkelhaut lebhaft geröthet und geschwollen. In den nächsten Tagen nahm die Hautentzündung, trotzdem die Isoformgaze sofort entfernt worden war, an Stärke und Ausdehnung noch zu und erstreckte sich nach oben bis zum Nabel, nach unten bis zu den Knien und nach hinten auf Nates und Oberschenkel. An den Rändern zeigte die Hautentzündung zum Theil deutlich urticariellen Charakter. An einigen Stellen kam es zur Bildung dicht stehender, kleiner wasserheller, selten getrübter Bläschen. Die anfänglich helle Röthe wandelte sich bald in eine eigenartige livide Färbung um, wie man sie auch bei Jodoformdermatitis sieht. Diese scharf begrenzte livide Färbung war in geringem Grade noch nach 5 Wochen vorhanden. Also auch Isoform, ein sonst vortreffliches Mittel, kann bei vorhandener Idiosynkrasie zu einer heftigen Reaction führen; freilich scheint eine solche Idiosynkrasie gegen Isoform recht selten zu sein.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 26.)

- **Ein acutes heftiges Ekzem nach Jodvasogengebrauch** beobachtete Dr. O. Heine (Dortmund). Der Fall zeigt, dass auch bei sonst als nicht reizend geltenden Präparaten — auch Autor hatte bisher bei dem recht wirksamen Jodvasogen nie Reizungserscheinungen gesehen — ab und zu Arzneiexantheme auftreten können. Das darf natürlich nicht dazu führen, solche Mittel einfach bei Seite zu schieben, mahnt aber andererseits zu einer gewissen Vorsicht.

(Aerztl. Rundschau 1905 No. 24.)

**Ekzem.** Einige Bemerkungen über das farblose Theerpräparat Anthrasol macht Dr. E. Toff (Braila). Derselbe hat Anthrasol in einer grösseren Anzahl von Fällen angewendet, meist rein zu Pinselungen und Einreibungen, die einfachste und billigste Anwendungsweise. Nur für gewisse Fälle, und namentlich bei Kindern, wurde eine Verdünnung unter der Form einer Salbe benützt. Gewisse, namentlich stark juckende Hautaffectionen werden durch alkoholische Lösungen günstig beeinflusst. Für gewisse Zwecke eignet sich das Anthrasolstreupulver. Autor ordnete also öfters Anthrasol auch in folgenden Formen:

Rp. Anthrasol.

Lanolin. aa 5,0

Ung. Glycerin. ad 50,0.

Rp. Anthrasol. 3,0  
 Lenigallol. 5,0  
 Pasta Zinc. ad 50,0.

Rp. Anthrasol.  
 Sulfur. praec.  
 Sapon. kalin.  
 Glycerin. aa 10,0  
 Vaseline.  
 Lanolin. aa 15,0  
 S. Anthrasol-Wilkinsons Salbe.

Rp. Anthrasol. 5,0  
 Talc. venet.  
 Zinc. oxyd. aa ad 100,0  
 S. Streupulver.

Unangenehme Nebenerscheinungen sieht man nie, wenn man die Fälle richtig auswählt, vor allem nicht acut entzündliche Affectionen so behandelt. Beim chronischen E. bewährte sich Anthrasol bei Erwachsenen und Kindern sehr gut. Auch bei Scabies, Psoriasis (leichteren Fällen), Prurigo und Akne (Wilkinsons Salbe), Pruritus, Seborrhoe leistete es recht gute Dienste. Vor allem trat die juckstillende Eigenschaft stets hervor.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1905 Bd. 40 No. 12.)

- Ueber **impetiginöses E. und Anderes** theilt Dr. F. Westberg die Erfahrungen mit, die er in der Hautabtheilung einer Hamburger Kinderpoliklinik gesammelt hat. Vor allem zeigt er, welche Dienste die *Trikoplaste* und *Leukoplaste* in der poliklinischen Praxis leisten können. Besonders zufriedenstellend waren die Resultate beim *impetiginösen E.* (namentlich des Gesichtes und der Ohren). Man nehme hier ca. 3—4 cm lange — je nach der Grösse der Plaques, doch im allgemeinen nicht gar zu lange — ziemlich schmale Streifen 2½,5 oder 10%igen Salicyl-Trikoplasts, bedecke mit demselben dachziegelförmig die Efflorescenzengruppe reichlich, d. h. bis in die gesunde Haut hinein, und darüber noch reichlicher, d. h. diese Bedeckung nach allen Seiten überragend, eine ebenso placirte Anordnung von Leukoplast, den man am besten in der Breite von 2½ (oder 5) cm vorrätig hält; wo die Haut viel bewegt wird, so am Kinn und um den Mund herum, da lege man die Streifen recht schmal und nicht zu kurz und gebe besonders darauf Acht, dass die Haut an der Applications-

stelle trocken sei; denn weder haftet Leukoplast gut auf feuchter Haut, noch ist es reizlos auf einer solchen. Hat man eine grössere Anzahl kleinerer Herde auf einer ganzen Gesichtshälfte, so ist es am praktischsten, dieselben alle unter *einen* derartigen Verband zu bringen, wobei die Streifen natürlich länger geschnitten werden müssen. Es ist geradezu überraschend, wie gut sie sich den Umbiegungsstellen, z. B. des Unterkiefers, anschmiegen, und wie fest so eine „Maske“ sitzt. In kleinsten, concentrisch zum Meatus auditor. extern. angeordneten, schmalen Streifen haftet die Bedeckung sehr schön am Ohrläppchen und fügt sich, jeder Biegung und Furche folgend, bequem an. Sorgfältig applicirt, kann der „Verband“  $\frac{1}{2}$  Woche getrost sich selbst überlassen werden. Dann entfernt man ihn durch sanftes Abziehen von einer Seite her in toto möglichst rasch und behält so die ganzen Borken am künstlichen Integument haften; dann ein sanfter Strich mit Benzin angefeuchtetem Wattebäuschchen über die leicht geröthete Stelle, und dieselbe steht zur Nachbehandlung bereit. Gelingt es nicht in  $\frac{1}{2}$  Woche, so erneuere man das Integument für nochmals  $\frac{1}{2}$  Woche, womöglich mit höher procentuirtem Trikoplast. Wenn sehr starke Röthe oder gar noch leichtes Nässen vorhanden, wende man 7,5% Karbolpflastermull oder 5% Tumenol-Salicyl-Trikoplast an und beim nächsten „Verbandwechsel“ Zinc. oxyd (10%)-Ichthyol (5%)-Pflastermull, alles am besten mit reichlichem Leukoplast bedeckt. Allerdings ist diese Triko-Leukoplast-Methode etwas mühsam, z. B. bei 8—10 Efflorescenzengruppen in einem Kindergesicht; aber andere Methoden sind unsauberer, schwieriger, und doch ebenso zeitraubend. Schwieriger ist die Behandlung am behaarten Kopf. Auch bei noch so peinlich ausgeführter Application dauert es doch oft 3—4 Wochen, ehe hier Heilung eintritt. Man schneide (besonders bei Knaben) die Haare möglichst kurz und weit ins Gesunde hinein ab, tränke 6—8fach zusammengelegten Verbandmull mit Salicylöl (5—10% Salicyl zu Ricinus- und Olivenöl aa), drücke aus und bedecke damit reichlich die betreffende Stelle; darüber 2—3fache Lage Watte und das Ganze entweder, bei ganz kurzem oder spärlichem Haar, mit Kreuz- und Querstreifen Leukoplast oder, bei längeren Haaren oder kleineren, unruhigen Kindern, mit Mullbinde fixirt. Das lasse man 24 Stunden liegen, ordne dann Neuapplication an, womöglich nach vorhergegangener Abwaschung mit Mull, grüner Seife und heissem Wasser, und lasse diese

Procedur 3—4 Tage hindurch wiederholen. Ist die Borke entfernt, so reinige man mit Benzin und applicire eine dicke Schicht weisse Hg-Praecipitatsalbe, bedecke mit Watte und fixire diese mit Kreuz- und Querstreifen von Leukoplast. Zur leichteren Entfernung der Leukoplaststreifen betupfe man sie oberflächlich mit Benzin. Die Salbe bleibt 2—3 Tage liegen, wird dann entfernt, der Rest mit Benzin eliminirt, und nun im günstigen Falle 10% Ichthyolcollodium angewendet oder mit heissem Lysol (5%) abgewaschen, abgetrocknet und mit Thymol ( $\frac{1}{4}\%$ )-Resorcin (2%)-Spiritus zweimal täglich nachbehandelt oder Zink (10%)-Ichthyol (5%)-Pflastermull applicirt. — Bei auf der Strasse aufwachsenden Kindern mit arg vernachlässigter Haut bekommt man oft *Wunden* in miserablen Zustände zu sehen. Hier wasche man mit heisser Lysollösung ab, reinige die Umgebung mit Benzin, lasse trocknen und bedecke die Wunde mit 4—6fach quadratisch zusammengelegtem, in Sublimat (1:4000) angefeuchtetem Mull, darüber straff und reichlich Billrothin, und fixire das Ganze fest mit Leukoplaststreifen, entweder einfassend an den Rändern oder, bei kleineren Flächen durch Kreuz-Querbefestigen. Am nächsten Tage event. Wiederholung, event. auch schon weisse Hg-Praecipitatsalbe auf Lint gestrichen, ebenso befestigt, und Tags darauf Salicyl-Tumenoltrikoplast, geschützt durch Leukoplast. So armirt, kann z. B. das Schienbein mehrere Tage in Ruhe bleiben bis zur Nachbehandlung (wie oben beim impetiginösen E.). Ist die Wunde trocken, aber mit einem dünnen, nicht sauberen Schorf versehen, so nehme man Liantral (10%)-Salicyl ( $2\frac{1}{2}\%$ )-Trikoplast für mehrere Tage und erst nach Abstossung dieses Schorfes einen harmloseren Pflastermull (Liantraltrikoplast reinigt und desinficirt sehr gut). — Bei *Trichophitien*-Erkrankungen der nicht behaarten Haut wirkt rascher Chrysarobin- oder Hg-Carbolpflastermull, als jener Liantraltrikoplast; letzterer genügt aber für solche Fälle als zweite Station und bei Recidiven, ist auch da am Platze, wo Chrysarobin gefährlich ist (Gesicht), und ist besonders geeignet für einzelne *Pityriasis versicolor*-Herde, wie man sie auf der Brust von Wollwäsche tragenden Kindern so häufig sieht. Ueberall bedecke man auch hier den Trikoplast mit Leukoplast, wobei man ruhig den Verband 4—8 Tage liegen lässt, zumal auch Wasser (Waschen) nichts schadet. Wenn man eine Stelle am Finger mit Pflastermull bedeckt und dasselbe mit Leukoplast schützt, so kann man die Hand ruhig mehrere Male am Tage

waschen, der „Verband“ leidet nicht. Hat man einen *frischen Schnitt* mit ganz reinen Wundrändern vor sich, z. B. am Finger, dann wäscht man tüchtig mit Lysol, trocknet und legt einen Ring von Leukoplast an. Ist der Schnitt nicht ganz rein, so kommt ein desinficirendes Pulver darauf, darüber ein dünnes Flöckchen Watte und darüber erst der Leukoplaststreifen. — Bei *trockenem oder rhagadiformem chronischem E.*, wie es an Handrücken, Knie- und Ellenbogenbeugen so häufig ist, applicirt man schmale, die Breite der Affection gerade eben überragende Streifen  $2\frac{1}{2}$  oder 5 oder 10%igen Salicyltrikoplasts dachziegelförmig, schützt durch eine überragende Leukoplastschicht und lässt womöglich acht Tage liegen. Bei der Nachbehandlung muss man individualisiren. Waren die Rhagaden nur oberflächlich, so genügt Application eines heilenden Pflastermulls (mit Leukoplast gedeckt) für 2—3 Tage, worauf man für die Nacht indifferente Salben anwendet, am Tage Handschuhe tragen lässt resp. bei kleinen Kindern in trockene Mullbinden (mit Watte nach Puderung) die gefäustete Hand einbindet. Ging die Zerstörung der Oberhaut weiter, so ist nach acht Tagen ein neuer Salicyltrikoplastverband für acht Tage nöthig. Jedenfalls wende man noch nicht Theer an, wohl aber ist Salicyl-Ichthyol-Pflastermull dann empfehlenswerth, alle zwei Tage zu appliciren.

(Medicinische Klinik 1905 No. 29.)

### **Fracturen und Luxationen. Zur Technik der Gyps-**

**verbände** giebt Dr. O. Heine (Dortmund) Rathschläge dem prakt. Arzte. Er will denselben zunächst auf eine Gypsbinde aufmerksam machen, deren Güte er selbst seit Jahren ausgeprobt hat, und die er für die beste hält: die *Alabastergypsbinde* nach Albers, hergestellt von Cosack & Co. in Düsseldorf. Etwas Einfacheres in der Gypstechnik kann man sich überhaupt nicht denken. Die Binde wird, so wie sie ist, mit ihrer Fliesspapierumhüllung 4 Minuten in Wasser gelegt, dann entfernt man das Papier und, ohne auszudrücken, beginnt man zu wickeln. Ist man mit der letzten Tour fertig und glättet man noch einmal den ganzen Verband, so ist er auch schon völlig erstarrt und fast trocken. Warmes Wasser und Alaun braucht man nicht. Eine einzige solche Binde genügt z. B. für einen Unterschenkelverband. Dabei ist derselbe so ausserordentlich leicht, dass der Pat. ihn kaum als lästig empfindet. Diese eine Binde ist dabei gerade so fest und haltbar, wie sonst 3—4 Binden. Die Binden sind in verschiedenen Längen



und Breiten zu haben, ihr Preis beträgt durchschnittlich nur 40 Pfg. Sie haben auch noch andere Vorthelle. Das Wasser wird durch die Papierumhüllung aufgesaugt, und diese sorgt wieder dafür, dass kein Atom Gyps verloren geht. Auch ist das Arbeiten ungemein sauber, Schmutzerei giebt es nicht. Für den prakt. Arzt giebt es wohl kaum eine bequemere und einfacher zu handhabende, dabei ausserordentlich billige Gypsbinde. Vorzüglich eignet sie sich auch zum Herstellen der Negative für Gypsmodelle. Eine einzige Binde genügt, um z. B. das Negativ vom Brustkorb eines Kindes anzufertigen. Will man ein Corset herstellen für ein grösseres Mädchen, so kommt man mit ein bis zwei grösseren Binden sehr gut aus. Da die Binden sich ausserordentlich an den Körper anschmiegen, so erhält man einen ganz naturgetreuen Körperabdruck. Das Bestreben, einen möglichst festen und dabei doch leichten Verband herzustellen, hat in letzter Zeit die sogen. „*Drahtgypsbinde*“ auf den Markt gebracht. Eine solche ist z. B. für Coxitis-Gehverbände ausgezeichnet. Aber die Technik ist gar nicht so leicht, weil die Binde infolge ihrer starren Drahteinlage sich nicht überall glatt übereinander legt. Auch ist sie ziemlich theuer. Nun kann man sich aber durch einfaches Einlegen von Drahtnetzen in den gewöhnlichen Gypsverband alle Vorthelle der „*Drahtgypsbinde*“ sichern, ohne den theuren Preis bezahlen zu müssen. Wesentlich ist freilich dabei, dass man nicht nur einzelne Stellen mit Drahteinlage verstärkt, sondern, dass überall, wo Gyps ist, sich auch Draht befindet. Das Drahtgeflecht soll nicht zu stark sein. Ein Drahtnetz, etwa  $\frac{1}{2}$  mal so dünn, wie dasjenige, welches man gewöhnlich zu Fliegen-Schutzschranken benützt, hat die richtige Stärke. Dabei muss es nicht zu eng geflochten sein, damit es sehr dehnbar ist und sich dem Körper gut anschmiegt. Zu diesem Zwecke schneidet man sich z. B. zu einem Gehverbande vorher ein grosses Stück Draht zurecht, welches um das ganze Bein geschlagen werden kann, und ein anderes, welches um das Becken passt. Nun modellirt man vor Anlegen des Gypsverbandes am nackten Körper die Drahteinlage und schneidet alles Ueberflüssige ab. Um Fingerverletzungen zu vermeiden, muss man darauf achten, dass die Kanten glatte Schnittflächen haben. Jetzt legt man zunächst die Hälfte der Gypsbinde um das Bein. Sodann wird das Drahtnetz auf den Gyps gelegt, und durch sorgfältiges Verstreichen bemüht man sich, es mit demselben innig zu vereinigen. Liegt der Draht nun

überall glatt an, so vollendet man den Verband mittels der anderen Hälfte der Binde. Erfahrungsgemäss leicht brüchige Stellen werden dann noch durch ein besonders eingelegtes Drahtnetzstück gefestigt. Benützt man nun zu diesem Drahtgypsverband die Albers'sche Schiene, so wird man mit einer einzigen Binde einen Verband erhalten, der an Festigkeit, Dauerhaftigkeit, Leichtigkeit und Billigkeit nicht übertroffen wird. Zu einem Gehverbande für ein etwa 8jähriges Kind braucht man nur zwei 10 cm breite Albers'sche Binden, dazwischen ein Drahtnetz. Der ganze Verband kostet mit Polsterung ca. 1,20 Mk. Der allgemein gebräuchlichen Watterpolsterung kann Autor keinen Geschmack abgewinnen; die Polsterung ist zu dick und juckt, namentlich im Sommer, sehr stark. Autor benützt zur *Polsterung* eine selbst hergestellte Binde. Man reisst sich dieselbe in beliebiger Breite von einem Stück ungebleichtem Nessel ab, das vorher gewaschen und gemangelt wird. Es ist dies die billigste Binde, die es giebt; dabei legt sie sich so gut an, wie jede Mullbinde, man kann sie nach dem Gebrauch waschen und aufbiegeln und immer wieder benützen. Als Unterlage für Erwachsene benützt Autor gewöhnlich zwei solche 5 m lange Binden und schützt druckempfindliche Stellen durch kleine Filzstückchen noch besonders. Zum *Abnehmen* eines Gypsverbandes ist es für den praktischen Arzt durchaus nicht erforderlich, dass er sich Gypsscheren, Zangen oder Sägen anschafft. Man legt etwa  $\frac{1}{2}$  Stunde vor Ablösen des Verbandes ein zusammengefaltetes, mit heissem Wasser getränktes Handtuch der Länge nach über den Verband. Mit einem scharfen Kartoffelmesser ist man dann im Stande, den stärksten Verband in einem Schnitte zu durchtrennen.

(Die Medic. Woche 1905 No. 18.)

- Einen **Oberarmbruch durch Muskelzug** beobachtete Dr. K. Schmidt (Cottbus). Am 4. V. 1904 wollte ein 37jähr. Glasmacher eine 30 Pfund schwere glühende Glasmasse hochheben, welche an einer 8 Pfund schweren eisernen Pfeife hing (am Ende derselben!). Die Masse wird mit der Pfeife so emporgehoben, dass der linke Arm dabei vorgestreckt wird. Pat. verspürte beim Hochheben einen heftigen Knacks im linken Oberarm. Der Arm sank kraftlos nieder und die Glasmasse stürzte zu Boden. Der Bruch heilte in vier Wochen. Als Pat. am 6. VIII. 1904 in die Cottbuser Heilanstalt kam, zeigte sich in der Gegend des Deltamuskellansatzes eine mässige callöse Verdickung. Auf

dem Röntgenbild Bruchlinie deutlich zu erkennen; sie ging in der Höhe des Deltamuskellansatzes von hinten oben nach unten und vorn. Aus dem Verlauf der Bruchlinie ist zu ersehen, in welcher Weise der stark contrahierte Deltamuskel auf den Knochen eingewirkt hat. Da das schwerbelastete untere Ende des Armes nicht im Stande war, der kräftigen Wirkung des Muskels zu folgen, riss der Deltamuskel den Theil des Oberarmknochens, an welchem er sich mit seinem Ende breit inserierte, einfach ab. Offenbar ist der Einriss dabei in der Weise zustande gekommen, dass zuerst die mit dem inserirenden Ende fest verbundenen oberen Knochenlamellen abgerissen wurden. Nachdem so ein Anbruch erfolgt war, wurde der Bruch weiterhin nicht allein mehr durch den Zug des Muskels, sondern auch durch die auf den unteren Theil des Armes wirkende Schwerkraft vollendet. So kam die schräge Bruchlinie zustande. Es liegt kein Grund vor, hier anzunehmen, dass irgendwelche pathologischen Knochenveränderungen bestanden haben, welche den Bruch begünstigten. Es bestand nur ein Missverhältniss zwischen Muskelkraft und Tragfähigkeit des Knochens. Die Musculatur des linken Armes besitzt ja beim Glasmacher eine ungewöhnliche Kraft, welche durch ständiges Heben und Halten der schwerbelasteten Glaspfeifen bewirkt wird. Auch in vielen anderen Fällen wird ein solches Missverhältniss zwischen Muskelkraft und Knochenfestigkeit der Grund zu Knochenbrüchen durch Muskelzug sein. Man wird nicht immer pathologische Knochenveränderungen als Vorbedingung für die Möglichkeit solcher „Spontanbrüche“ annehmen dürfen, namentlich dann nicht, wenn sie bei gesunden jungen Leuten stattfinden und dann reguläre knöcherne Heilung erfolgt.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde u. Invalidenwesen 1905 Nr. 6.)

### **Hyperidrosis. Zur Behandlung des Schweissfusses in der**

**Armee** empfiehlt Stabsarzt Dr. Fischer (Leipzig) nach seinen Erfahrungen als einfachstes, billigstes und wirksamstes Mittel einen Fettpuder, den er in neuerer Zeit kennen und schätzen gelernt hat: das *Vasenol* der Firma Dr. Köpp (Leipzig-Lindenau). Der Vasenolpuder zeichnet sich durch grosse Wasseraufnahmefähigkeit, vollständige Reizlosigkeit und grosse Billigkeit aus; durch Zusatz von Zinkoxyd, Formalin, und Salicylsäure bekommt man einen Schweisspuder von ausgezeichneter Wirkung. Der Puder wirkt völlig reizlos, er macht die Haut nicht spröde und

und rissig, sondern glatt und geschmeidig, und die Anwendung ist sehr einfach. Nach Abreiben des Fusses mit einem in Acid. salicyl. 1,0 : Spirit. dilut. 100,0 getauchten Wattetupfer wird der Fuss mittels der Hand mit dem Puder (5 % Formalinvasenol, bei höheren Graden von H. 10 % iges) gut eingerieben, wobei besonders die Haut zwischen und unter den Zehen zu berücksichtigen ist. Auch in die Strümpfe und Stiefel ist etwas Puder zu streuen. Das wird früh und abends gemacht. Der üble Geruch ist schon am zweiten Tage verschwunden, die Haut trocknet dann unter schwärzlicher Verfärbung der Hornschicht und lamellöser Abstossung der oberen Schichten gut ab, und die Cur ist nach acht Tagen beendet. Um Recidive zu vermeiden, empfiehlt es sich, nachher noch zwei- bis dreimal wöchentlich die Procedur zu wiederholen. Während der Cur darf der Fuss nicht mit Wasser gewaschen werden. In Bezug auf die Wasseranwendung bei der Fussbehandlung ist Autor auf Grund jahrelanger, im praktischen Truppendienst gemachter Erfahrungen zu der Ueberzeugung gekommen, dass das allenthalben empfohlene häufige Waschen und Baden der Füsse beim Schweissfuss\* niemals angebracht ist, dass es vielmehr dieses Leiden oft ungünstig beeinflusst, besonders dann, wenn warmes Wasser gebraucht wird. Die an sich bei der Hyperhidrosis schon gequollene und durchfeuchtete Haut wird durch häufige Bäder nur noch mehr erweicht und damit noch empfindlicher. Alle bisher als erfolgreich erprobten Schweissfussmittel zielen im wesentlichen auf eine Austrocknung und Härtung der durchfeuchteten und erweichten Fusshaut hin. Eine Wasseranwendung widerspricht also direct der Tendenz der Behandlungsmethode oder des betreffenden Mittels, „dem Austrocknen“, und muss daher dem Erfolg der Behandlung hinderlich sein. Die Reinlichkeit bei der Schweissfussbehandlung wird durch Eliminiren des Wassers in keiner Weise gestört. Autor hat mit Schweissfuss Behaftete 4—6 Wochen ohne Fussbad gelassen und hat dabei weiter nichts angewendet, als anfänglich tägliche Abreibung mit Salicylspiritus und Einpuderung mit Vasenolformalin, von der zweiten Woche ab nur noch zwei- bis dreimal wöchentlich, ohne dass übler Geruch oder sonstige Unannehmlichkeiten sich eingestellt hätten. Ist der Fuss durch die Formalinbehandlung vollkommen trocken geworden und bleibt er dies auch noch nach einem grösseren Marsch, so steht der Wasseranwendung nichts mehr im Wege; doch ist auch

dann vor einem „Zuviel“ zu warnen. Jedenfalls sollten die Füsse niemals warm gebadet werden. Das Wasser soll kühl — nicht eiskalt — sein; der erhitzte Schweissfuss muss vor dem Bad abgekühlt werden.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 20.)

- **Formalin in Verbindung mit Perhydrol bei Schweissfuss** empfiehlt Dr. Aronheim (Gevelsberg). Er verordnet:

Rp. Formalin. 10,0

Perhydrol. 3,0

Aq. dest. ad 300,0

Ds. Zu Einreibungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 22.)

- **Dormiol als Anthidroticum** empfiehlt Dr. Wederhake (Elberfeld). Derselbe verwendet seit 1901 fast ausschliesslich das Dormiol als Schlafmittel und ist mit ihm stets ausgekommen. Es wirkt unter anderem bei den schweren Delirien der Säuer sehr gut. Nebenwirkungen sah Autor nie. Er machte aber die Beobachtung, dass es die Nachtschweisse der Phthisiker beschränkte, ja zeitweise beseitigte. Autor giebt gewöhnlich  $1\frac{1}{2}$ —2 g, aber man kann ohne Schaden bis 3,5 g gehen. Ein Heilmittel gegen die Nachtschweisse ist es nicht; oft kann man es aber für mehrere Abende aussetzen, ohne dass neue Schweisse auftreten.

(Therap. Monatshefte, Juli 1905.)

**Intoxicationen.** Zur Frage der Folgeerscheinungen, namentlich der Krampfstände nach Theophyllin-gebrauch ergreift Prof. Dr. H. Schlesinger (Wien) das Wort. Derselbe hat das Theophyllin. pur. (Theocin), sowie dessen Verbindungen seit mehreren Jahren fortdauernd angewandt und diese Präparate als mächtige, vielleicht sogar als die stärksten Diuretica schätzen gelernt. Dieselben sind besonders beim cardialen Hydrops wirksam, können aber auch bei Hydropsieen renalen Ursprungs mit gutem Erfolge benützt werden; die Steigerung der Diurese ist oft eine ausserordentliche. Leider machen sich nur zu oft toxische Nebenwirkungen geltend. Sehr oft klagen die Pat. über Druckgefühl im Magen, Appetitlosigkeit, Brechreiz; auch gehäuftes Erbrechen ist nicht selten. Nach Theophyllin. natr.-acetic. schienen Magenstörungen seltener und schwächer zu sein, als nach Theophyllin. pur. Die Magenstörungen sind oft stärker, wenn das Mittel in

Pulverform gegeben wird. Verabfolgung in wässriger Lösung bei gleichzeitiger Darreichung von Aq. Menthae oder von Eucaïn. lact. (5 Tropfen einer 10 % igen wässrigen Lösung vier- bis sechsmal täglich) kann oft diese Erscheinungen zum Verschwinden bringen. Durchfälle sind nach Theophyllin häufig; sie sind manchmal ganz unangenehmer Art und halten oft noch mehrere Tage nach Aussetzen des Mittels an. Das Wichtigste aber sind die nach Theophyllingebrauch bisweilen auftretenden allgemeinen Krämpfe, die zweifellos eine Folge der Theophyllindarreichung sind. Autor kann es nach seinen Erfahrungen bestätigen, dass sowohl Theophyllin, als auch seine Verbindungen, beim Menschen bisweilen universelle Krampfstände vom Charakter der epileptischen mit Bewusstseinsverlust und nachfolgender Amnesie hervorrufen können. Die Neigung zum Auftreten der Convulsionen schwindet allerdings, wenn das Leben erhalten bleibt, längstens mehrere Tage nach Aussetzen des Mittels. Kann man nun diese gefährlichen Nebenwirkungen vermeiden? Autor möchte dies für die meisten Fälle bejahen. Die Kranken, die auf Theophyllin Krämpfe bekommen, haben zumeist Prodromalerscheinungen, wie heftigen Kopfschmerz, oder Brechreiz. Autor ordinirt jetzt Theophyllin. pur. überhaupt nicht mehr, da es schlechter vertragen wird, als seine Verbindungen. Er verordnet als Tagesdosis 1 g, ad maximum 1,5 g Theophyllinnatrium oder Theophyllin. natr.-acet. in wässriger Lösung oder einem Infus von 5—8 g Adon. vernal. auf 150 g Wasser und lässt das Mittel nie zwei Tage hintereinander gebrauchen, sondern pausirt einen Tag; an diesem wird ein Theobrominpräparat (Theobromin. pur., Diuretin, Agurin) verabreicht. Bekommt ein Pat. während des Theophyllingebrauches Kopfschmerz oder Ueblichkeiten, so wird das Mittel sofort ausgesetzt. Seit diesen Vorsichtsmaassregeln sind fast alle Pat. frei geblieben. Es müsste unbedingt — ganz abgesehen von den eben genannten, durchaus nothwendigen Vorsichtsmaassregeln — für jene Präparate eine Maximaldosis festgesetzt werden. Bis dahin rath Autor, bei Theophyllin. pur. nicht über 0,8 g, bei den Verbindungen nicht über 1,0 g pro die hinauszugehen und das Mittel nur mit Unterbrechungen zu geben.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 23.)

- Einen **Beitrag zum Codeinismus** liefert Dr. Pelz (Psychiatr. Klinik Königsberg i. Pr.). Bisher galt das Codein als harmlos. Angewöhnung und chronischer Missbrauch

schiienen nicht vorzukommen. Die Beobachtung von Pelz zeigt, dass dem nicht so ist. Es handelt sich um einen psychopathisch etwas belasteten, an Schwermuth leidenden Pat., der nach Betäubungsmitteln suchte und vom Arzte einmal Codein erhielt. Die Erleichterung und das Wohlbefinden, das ihm das Mittel verschaffte, andererseits die schnelle Gewöhnung trieben ihn zu immer höheren Dosen. Versuchte er das Mittel auszusetzen, so traten Unruhe, Verstimmung, Energielosigkeit, heftiger Codeinhunger ein. Pat. kam zu ganz exorbitanten täglichen Dosen und opferte dem Gifte nicht nur seinen Körper, sondern auch sein gesamtes Vermögen. Es war also hier alles wie beim Morphinismus. Für die Entstehung des Codeinismus war wohl besonders die psychopathische Veranlagung des Pat. bestimmend. Gerade die Erwägung aber, dass die psychopathische Veranlagung die Hauptursache für die Entstehung des Giftmissbrauches war, giebt begründenden Anlass, die Wichtigkeit dieser Thatsache für die Praxis zu betonen. Gerade bei solchen psychopathischen Individuen sind chronische Verstimmungen, constitutionelle Depressionen ausserordentlich häufige Erscheinungen, welche zum Arzte führen. Obiger Fall mahnt dringend, bei solchen Psychopathen sehr vorsichtig zu sein mit der Verordnung differenten Mittel, welche eine behagliche Stimmung zu schaffen vermögen. Der Einwand, dass ja nur *ein* Recept verschrieben wird, gilt nicht. Denn es ist leicht, auch ohne Wiederholungsvermerk auf das Recept immer neue Quantitäten aus den Apotheken zu erhalten, wie obiger Fall lehrte, wo bei dem Pat. noch fast 3000 Codeinpillen a 0,033 Codein aus verschiedenen Apotheken vorgefunden wurden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 22.)

- **Die Vermeidung der Nierenreizung nach grossen Salicylgaben** hat Dr. E. Frey (Pharmakolog. Institut der Universität Jena) zum Gegenstand experimenteller Studien gemacht. Dieselben ergaben, dass die Reizung der Nieren, das Auftreten von Eiweiss und Cylindern, nur im sauren Urin zustande kommt, während alkalischer Urin davon frei bleibt. Die Nierenreizung ist demnach eine locale Reizeinwirkung der im sauren Harn freiwerdenden Salicylsäure. Wenn wir nun die schädigende Wirkung der Salicylsäure auf die Niere am Krankenbette verhindern wollen und durch reichliche Zufuhr von Alkali den Urin des Pat. alkalisch machen, kommt dadurch der günstige Einfluss der Salicylsäure auf den zu bekämpfenden Krank-

heitsprocess etwa gleichzeitig in Wegfall? Autor verneint diese Frage; wir werden das evtl. Freiwerden der Salicylsäure am Orte ihrer gewollten Wirksamkeit durch die Darreichung von Alkali nicht abschwächen, wohl aber an dem Orte der Elimination sie reizlos in den Harn überführen, die bedeutungsvollste Nebenwirkung der Salicyltherapie, das Auftreten von Eiweiss oder Cylindern im Urin, bei medicinaler Anwendung durch gleichzeitiges Alkalischemachen des Harnes verhüten. Dazu werden sich in erster Linie alkalische Wässer eignen, welche gleichzeitig durch eine reichliche Diurese günstig wirken; freilich wird man aber auch die Ausscheidung der Salicylsäure durch diese Medication beschleunigen. Sonst käme — wie überall da, wo der Urin nicht prompt genug auf alkalische Wässer seine Reaction ändert — die Zufuhr von Natrium bicarbonicum in Betracht. Zu erwähnen ist, dass bei dieser Alkalizufuhr ein Präparat, wie die Acetylsalicylsäure, das Aspirin, schon im Magen wegen der nunmehr dort herrschenden alkalischen Reaction in Salicylsäure und Kohlensäure zerfällt, so dass es schon von dort aus zur Resorption gelangt; trotzdem wird es bei dem Ueberschuss an eingeführtem Alkali den Magen ebensowenig reizen wie das salicylsaure Natron; es wird bei beiden Präparaten das Freiwerden von Salicylsäure verhindert und Magendruck, Aufstossen, Erbrechen fallen beim salicylsauren Natron fort und treten auch unter diesen Verhältnissen nicht nach Aspiringebrauch auf, es werden beide Präparate, salicylsaures Natron und Aspirin, schon im Magen salicylsaures Natron bleiben resp. werden. Damit umgehen wir bei der Verordnung von salicylsaurem Natron die Magenbelästigung und schonen nicht nur die Nieren des Patienten.

(Münch. med. Wochenschrift 1905 No. 28.)

### **Magen- und Darmkatarrhe. Eine bequeme und ein-**

**fache Irrigationsspritze für die Kinderpraxis** hat Dr. Pfaffenholz (Düsseldorf) construiert. Es ist eine einfache Stempelspritze mit Lederkolben und einem Einschnitt am Ende für Zeige- und Mittelfinger; der Daumen fasst in den Ring des Kolbens, und so kann dieser mit einer Hand bequem bewegt werden. Das Wesentliche aber liegt in dem Aufsatz; in diesem sind zwei exacte Conusventile so angebracht, dass das eine sich nur beim Ausziehen des Kolbens öffnet, beim Druck aber schliesst, das andere im



umgekehrten Sinne functionirt; auf die Stützen des Ansatzes sind zwei Gummischläuche aufgeschoben, ein etwas kräftigerer Druckschlauch und ein Nélatonkatheter mit centraler Bohrung. Der von der Spitze seitlich quer abgehende Schlauch ist der Nélaton, der für das Rectum des Kindes bestimmt ist und jenes Ventil enthält, das nur die Flüssigkeit aus der Spritze herauslässt; der andere, geradeaus in der Richtung der Spritze abgehende Schlauch soll die Flüssigkeit aus dem Gefäss ansaugen. Bei dem Gebrauch wird die Spritze zuerst gefüllt, dann der quer abgehende Nélaton ins Rectum eingeführt, der andere Schlauch in das Gefäss mit Irrigationsflüssigkeit, und dann mit der einen Hand die Spritze gehandhabt, mit der anderen das Kind gehalten oder der Nélaton an der Analöffnung bei starkem Pressen des Kindes fixirt. Die Vortheile sind also folgende: 1. Man hat den kleinen, in der Tasche leicht transportablen Apparat immer zur Hand. 2. Man ist von der Unruhe und dem Pressen des Kindes ganz unabhängig, kann beliebige Mengen in beliebiger Zeit mit der kleinen Spritze von etwa 30 ccm Inhalt einführen. 3. Man bedarf keiner Assistenz, wie beim Irrigator zum Hochhalten des Gefässes. Autor benutzt meist als Irrigationsflüssigkeit eine Lösung von Acid. tannic. 2,5 + Acid. salicyl. 1,0 in  $\frac{1}{2}$  L. warmen Wassers. Die Irrigationen leisteten sehr gute Dienste bei *chronischen Darmkatarrhen* (nicht bei schleimig-blutigen Dickdarmkatarrhen!) und unterstützten oft bei *acuten Sommerdiarrhöen* die Therapie überraschend günstig. Die Spritze hat sich im verflossenen Sommer mit seiner enormen Morbidität der Kinder an Darmerkrankungen vorzüglich bewährt. Sie wird geliefert von L. Bors in Düsseldorf.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 18.)

- **Die Therapie der Sommer-Diarrhöen der Säuglinge** soll nach Prof. Dr. W. Stöltzner (Halle) folgende sein: In den leichtesten Formen, als „*Dyspepsie*“ bezeichnet (an Zahl etwas vermehrte, an Consistenz verminderte, zerfahrene Ausleerungen, sehr oft grünlich verfärbt und in der Regel auch einige Schleimfäden enthaltend; öfteres Erbrechen, das aber auch fehlen kann), gelangt man fast immer schnell zum Ziel, wenn man einen Tag hindurch nur dreistündlich frisch abgekochtes Wasser ohne irgendwelche Zusätze reicht, in derselben Menge, in der das Kind in gesunden Tagen Nahrung aufzunehmen gewohnt war. Sodann einige Tage dreistündlich 5%ige Mehlabkochung unter Beigabe

von 30 g Zucker auf 1 Liter. In der Regel ist dann in 3—4 Tagen die Erkrankung beseitigt, und man kann dann wieder anfangen, der Mehlabkochung Milch beizufügen. Steht Erbrechen im Vordergrund der Erscheinungen, so empfiehlt sich auch einmalige Magenauswaschung mit physiol. Kochsalzlösung. Wesentlich ernster ist der *Enterokatarrh*: sehr reichliche, wasserdünne Stuhlgänge, ohne Tenesmus entleert, mehr oder weniger heftiges Erbrechen. In leichteren Fällen genügt die obige Therapie. In schwereren ist der Collaps mit zu bekämpfen, indem man den Flüssigkeitsverlust mit zu ersetzen sucht. Am rationellsten ist dies durch Hypodermoklyse zu erreichen; man lässt körperwarmer 1%ige Kochsalzlösung durch eine durch die Haut gestossene, mit Schlauch und Trichter armierte Kanüle in das Unterhautbindegewebe einlaufen. Man kann so bis zu 300 ccm pro Tag einführen. Wenn irgend möglich, suche man aber daneben noch reichliche Mengen  $\frac{1}{2}$ %iger Kochsalzlösung per os zu verabfolgen. Beeinflussung des Collapses ist eine überaus prompte. Daneben gebe man alle paar Stunden ein ganz kurzes, aber sehr heisses (32° R.) Bad. In den allerschwersten Fällen mit hohen Temperaturen kommen kalte Einwickelungen, abwechselnd mit den genannten Bädern, in Betracht; aber die meisten Fälle enden doch letal. Nach überwundenem Collaps giebt man zunächst stündlich einen Esslöffel eiskalter, mit Zuckerwasser auf das dreifache Volumen verdünnter Milch. Bei der *Enteritis follicularis* (Entleerung kleiner Kleckschen eitrigen, auch blutigen Schleimes alle Augenblicke unter heftigem Tenesmus) halte man zunächst die Kinder einen Tag auf Wasserdiaet, dann einige Tage auf Mehldiaet. Daneben 1—2 Tage Ricinusöl, alle 2 Stunden  $\frac{1}{2}$  Theelöffel.

(Medicin. Klinik 1906 No. 30.)

- **Künstliche Sauermilch als diaetetische Therapie kranker Säuglinge** empfiehlt Dr. O. Rommel (München). Herstellungsweise: 10—15 g Mondamin, 25 g Rohrzucker und 25 g Soxhlet's Nährzucker werden mit einem kleinen Theil eines Liters möglichst frischer Centrifugenmagermilch angerührt, hierauf die übrige Milch hinzugegossen und unter stetem Umrühren gründlich aufgekocht. Noch warm wird die Mischung in eine peinlichst gesäuberte Milchflasche umgefüllt. Nach völliger Abkühlung wird dann eine Säuerungstablette (Ludwigsapotheke München) zugeetzt und bei Zimmertemperatur (15—16°) die Flasche offen oder besser mit einem leinenen Läppchen bedeckt,

beiseite gestellt. Nach 24, längstens 36 Stunden, während welcher Zeit man öfters umschütteln soll, ist die Nahrung homogen dicklich und sauer, trinkfertig, wenn sie vor dem Trinken noch leicht angewärmt (nicht stark erhitzt!) wird. Diese Milch wird gern genommen. Man beginne mit kleinen Mengen (100—250 pro die) und steigere erst allmählich. Ab und zu sieht man ein Kind, das diese Milch nicht verträgt; im Allgemeinen aber wird sie sehr gut vertragen und wirkt vortrefflich. Autor hat 34 Säuglinge, die an chron. Ernährungsstörungen oder acuten und subacuten Magendarmaffectionen litten, damit behandelt. Ein Drittel dieser Kinder befand sich noch im ersten Lebensvierteljahr. Die Ernährungsperiode währte durchschnittlich 8—9 Wochen. Gewichtszunahmen recht befriedigend. Ueberfütterung wurde vermieden, nie mehr als 1 L. pro die (in vierstündigen Pausen) gegeben. Reichte dies nicht aus, so wurde Zukost gereicht (Zwieback, Griesbrühe, Reis etc.). Bei acuten Darmstörungen muss vor der Cur 24—48stündige Carenzkost (Thee) gegeben werden und bei sehr empfindlichen Kindern mit Schleimabkochungen, auch Molken, Kalbsbrühe aa Verdünnungen angefangen werden. Glänzende Erfolge erzielt man meist im Allaitement mixte mit Brust ( $\frac{1}{3} : \frac{2}{3}$ ). Uebergang zu anderer Kost bietet gar keine Gefahren. Meist genügt Anwendung der Sauermilch für einige Wochen, aber auch längere bringt keine Schädigung. Bewährt hat sich diese Ernährung und indicirt erscheint sie bei den acuten, oft fieberhaften bacteriellen Magendarmkrankheiten mit Ausnahme der bei kohlehydratreicher Nahrung mit Gärungen und schleimigen Stühlen, noch mehr bei chron. Ernährungsstörungen von der leichtesten schleichenden Dyspepsie bis zur schweren oft irreparabel erscheinenden Atrophie, wo mit Sauermilch oft mehr erreicht wird, als mit jeder anderen Behandlung. — Auch bei Erwachsenen dürfte bei Diabetes, Gicht, Magendarmerkrankungen, Tuberculose, in der Reconvalescentz u. s. w. ein Versuch mit der eiweissreichen, leicht verdaulichen und zugleich billigen Sauermilch sehr wohl angezeigt sein.

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1905.)

- **Ueber Erfahrungen mit einer neuen Buttermilch-Conserve** berichtet Dr. W. Kassel (Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus Berlin). Seit geraumer Zeit spielt die Buttermilch in der Therapie der Darmkrankheiten und Ernährungsstörungen im Säuglingsalter eine grosse Rolle. Die Beschaffung einer einwandtsfreien frischen Buttermilch

stösst aber oft auf erhebliche Schwierigkeiten, und ebenso die sorgfältige Zubereitung im Haushalt. Es wurde daher gern zu einer von der Firma C. F. Böhringer & Söhne in Mannheim hergestellten Conserve gegriffen und mit derselben Versuche angestellt. Trinkfertige Nahrung wurde bereitet, indem zu 1 L. kochenden Wassers 200 g der Conserve zugesetzt wurden. Als absolute Condraindication bei Buttermilch galt nur das Bestehen schwererer, ganz frischer Verdauungsstörungen, wo ein- bis mehrtägige Theediet eingehalten wurde. Mit Vorliebe wurde zu Buttermilch gegriffen bei acuten und cronischen Dyspepsieen, Obstipation, Unterernährung und Paedatrophie. Die Darreichung geschah ebenfalls wie bei frischer Buttermilch: zunächst kleinere Tagesmengen in häufigeren, kleinen Einzelportionen. Was nun die Fälle im speciellen anbelangt, bei denen die Conserve gegeben wurde, so sagt Autor darüber: „Wenn wir die Fälle überblicken, so ergeben sich von selbst zwei Gruppen:

1. Kinder mit gesundem oder nur leicht erkranktem Magendarmtractus, aber erschöpfenden anderen Krankheiten, und
2. magendarmkranke Kinder.

Eine Anzahl von Fällen der ersten Gruppe stammte aus der Lues-Abtheilung; diese Kinder sind erfahrungsgemäss bei Mangel der natürlichen Ernährung in hohem Grade durch die meist bestehende Cachexie gefährdet, ihre künstliche Ernährung ist eine der undankbarsten Aufgaben des Kinderarztes. Hier hatten wir mit der Conserve ebenso wie mit der frischen Buttermilch sehr gute Erfolge, indem die Kinder die Nahrung bald gern nahmen und mit erheblichen Gewichtszunahmen geheilt entlassen werden konnten. Auch bei anderen erschöpfenden Krankheiten (Pertussis, Pemphigus neon., Phlegmonen) konnten wir erhebliche Gewichtszunahmen erzielen. In einzelnen Fällen von Unterernährung bei gesundem Magendarmtractus erwies sich die Conserve der frischen Buttermilch gleichwerthig in der Erzielung schneller und grosser Gewichtszunahmen. Der grössere Theil unserer Beobachtungen betrifft magendarmkranke Kinder. Bei schwereren Fällen liessen wir den Darm unter Theediet sich erst erholen und gaben dann vorsichtig die Conserve. In leichteren Fällen geben wir sie sofort. Hier erlebten wir einzelne Misserfolge, indem entweder sofort auftretende bedrohliche Erscheinungen, oder erst nach längerer Zeit einsetzende Verdauungsstörungen zwangen, die Conserve wieder aus-

zusetzen. Dieselbe Erfahrung mussten wir bei frischer Buttermilch allerdings auch mitunter machen. Die Mehrzahl der in diese Gruppe gehörigen Fälle zeigte jedoch recht befriedigende Erfolge. Die Kinder tranken gern, nur wenige erbrachen anfangs, die Stühle erschienen stets gut verdaut, von homogener Beschaffenheit, hell, allerdings etwas häufig; daher auch eine günstige Einwirkung bei hartnäckigen Obstipationen; mit der Behebung der Verdauungsstörungen verschwanden auch ihre Begleiterscheinungen: Soor und Coliken. Die Gewichtszunahmen waren recht erheblich und zwar sprunghaft, wie bei der frischen Buttermilch. Ueber den Werth der Nahrung bei echter Paedatrophie haben wir leider keine Erfahrung, da uns in der kurzen Versuchszeit kein solcher Fall zur Verfügung stand. Weiter sind wir nicht in der Lage, über Dauerbeobachtungen zu berichten, da sich das Präparat zur Zeit noch nicht im Handel befindet und deshalb seine Verwendung in der ambulatorischen Praxis nicht angängig war. Aus diesem Grunde mussten wir auch die Mehrzahl unserer Beobachtungen einige Zeit vor der Entlassung wieder abbrechen, um die Kinder zur Zeit ihrer Entlassung an eine andere Diaet gewöhnt zu haben, was auf keine Schwierigkeiten stiess. Uns konnte es begreiflicherweise in erster Reihe auch nur darauf ankommen, für die kranken, unserer Behandlung zugeführten Kinder den Werth und die Verwendbarkeit der Buttermilchconserven festzustellen. Unser Urtheil über das vorliegende Präparat können wir demnach dahin zusammenfassen, dass wir wesentliche Unterschiede nicht finden konnten. Wir möchten es demnach in allen Fällen empfehlen, in denen eine einwandfreie frische Buttermilch nicht zu beschaffen ist.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 29.)

— **Flatulinpillen** (Chem. Fabrik Dr. Roos, Frankfurt a. M.) empfiehlt Dr. R. Fuchs (Bleistadt) als ein Mittel, das blähungstreibend, appetitanregend, stuhlregelnd, säuretilgend, gärungswidrig und desinficirend wirkt. Die Pillen bestehen aus Natr. bicarb., Magnes. carb., Pulv. rad. rhei, Ol. Foenicul., Ol. Carvi und Ol. Menth. pip. und 50 Stück kosten nur 1 Mk. Man giebt dreimal täglich drei bis vier Stück. Bei Magen- und Darmkatarrhen, Dünndarm-erkrankungen nervöser Personen, Stuhlverstopfungen mit Blähungen haben sie sich sehr bewährt und sie leisten auch bei Dilatatio ventriculi, Carcinoma ventriculi, Haemorrhoiden etc. gute Dienste.

(Therap. Monatshefte, Juni 1905.)

**Neurasthenie. Ueber Cyclotherapie der sexuellen N.** lässt

sich Prof. Fürbringer (Berlin) aus. Derselbe hat schon vor Jahren darauf hingewiesen, dass der Radfahrersport für die *leichteren* Formen der N. sehr zu empfehlen ist und überhaupt als curative Gymnastik hauptsächlich für die Gruppe chronischer functioneller Störungen in Betracht kommt, die ihren Träger mehr zum Erholungsbedürftigen als zum eigentlichen Kranken stempeln. Es theilt die Cyclistik die Vorzüge der Muskelbewegung in frischer Luft mit anderen Sportübungen, nicht ohne ihnen einen besonderen Genuss hinzuzufügen, die reizvolle spielende Ueberwindung grosser Entfernungen durch eigene Kraft in der frischen Natur. Damit hebt sich dieser Sport in seiner roborirenden Wirkung sofort von der Benützung der Zimmerapparate ab. Beim Radfahren werden fast alle Muskeln (*nicht* bloss die der unteren Extremitäten!) unter Erhöhung des Stoffwechsels durchgearbeitet. Dabei ist der Kraftverbrauch beim Radfahren für die gleiche Strecke ein wesentlich geringerer, als beim Gehen, und das Anstrengungsgefühl kommt bei gleichem Stoffverbrauch in minderem Maasse zur Geltung. Ferner liegt ein Vorzug des Radfahrens in der Arbeitstheilung der Gehirncentren. Der Radfahrer, dessen Aufmerksamkeit grösstentheils dem Wege zugewandt, ist gezwungen, die niederen Centren, die Sinnesorgane in höherem Maasse in Anspruch zu nehmen und schaltet mit dem Abzug der schweren, das Gehirn belagernden Gedanken diejenigen Factoren aus, welche ihm vordem die geistige Ruhe versagten. Vielleicht theilhaftig sich an dieser günstigen, immer wieder als stärkende und verjüngende Wirkung der Radfahrübungen gepriesenen Eigenart eine Ableitung des Blutes vom Gehirn nach den die Hauptarbeit leistenden unteren Extremitäten. Bei der sexuellen N. heben sich nun neben einer Summe der verschiedensten neurasthenischen Störungen, welche durch Cyclotherapie günstig beeinflusst werden, zwei Grundstörungen heraus, welche die Nervenschwäche zur sexuellen stempeln: der krankhafte Samenverlust und die Impotenz. Dass auch hiergegen die Cyclotherapie wirksam einzuschreiten vermag, lässt sich aus dem Gesagten bereits schliessen. Nehmen wir die Potenzstörungen, welche die Pat. ja am häufigsten zum Arzt führen, und betrachten wir zunächst die irritativen Formen mit praecipitirter Ejaculation und die Störungen der Facultas durch geistige Ablenkung aus Anlass intensiver Beschlagnahme des geschwächten Nervensystems. Hier tritt so recht der

hygienische Einfluss auf den Begriff der reizbaren Schwäche sowie die Entlastung des Geisteslebens von den unheilvollen Hemmungen in Thätigkeit. Auch die Formen der psychischen Impotenz, deren Träger der Befangenheit, dem Unvermögen, die Situation zu beherrschen, dem Schrecken über das Fiasco und der Furcht vor demselben ihren schweren Tribut zahlen, verdienen hier herangezogen zu werden, insofern gerade der Radsport Selbstvertrauen und Muth züchtet. Die Wiedergeburt von Kraft und Lust, die Auslösung vergnügter Stimmung, die eigenartige, aus Stärkungs- und angenehmen Ermüdungsgefühlen gemischte Euphorie hat so manchen Radfahrer wieder in den Stand gebracht, die erloschene Potenz wieder zu gewinnen. Auch die begleitenden Neuralgien und Paraesthesien im Bereich der Geschlechtsnervenbahnen klingen nicht selten in willkommenster Weise ab. Nun wird der Radsport manchmal beschuldigt, infolge der Erschütterung von Wirbelsäule und Damm, allgemeinen Erschöpfung u. s. w. geradezu Impotenz hervorzurufen. Das ist nicht wahr, oder es kommt äusserst selten vor, und dann liegt es eben daran, dass die Fälle nicht richtig ausgewählt waren (schwere Formen von N. gehören nicht aufs Rad!) oder dass der Sport unvernünftig und nicht planmässig betrieben wurde. Man muss stets zunächst beobachten, wie der Fall auf die Cyclotherapie reagirt, die Reaction muss den Massstab für die Fortsetzung oder aber den Abbruch der Uebungen liefern. Es soll nicht geleugnet werden, dass ein Bruchtheil auch der leichteren Fälle von sexueller N. mit gesunkener Potenz selbst unter consequenter Einhaltung der Vorsichtsmaassregeln statt Kräftigung und Beschwichtigung des Nervensystems, stärkere Schwäche und Erregbarkeit davonträgt; das sind schwer erklärbare Vorkommisse, eine Folge der unberechenbaren Laune des Nervenlebens. Hohe Vorsicht erheischt die mit krankhaften Samenverlusten vergesellschaftete Geschlechtsneurose. Wird man ohne weiteres jene Formen zu den strengsten Gegenanzeigen des Radsports zählen, in denen schon auf leichte mechanische Anlässe Pollutionen erfolgen, so erfordert der Begriff der gehäuften Nachtpollutionen ohne sonstige tiefgreifende Schwächung des Organismus eine Beurtheilung von Fall zu Fall. Es kommen durchaus günstige Erfolge bei jugendlichen Pollutionisten und bei Trägern des atonischen, ohne Erection und Orgasmus erfolgenden, bereits etwas abseits liegenden Samenflusses zweifellos vor. Wie steht es nun mit der Onanie? Früher hiess es oft, diese würde

durch das Radfahren geradezu gezüchtet. Jetzt weiss man, dass dem nicht so ist, dass vielmehr, von geringen Ausnahmen abgesehen, dem richtigen Cyclisten mehr das kühle, geschrumpfte Membrum eigen ist, als das Gegentheil. Wahrscheinlich findet eine Ableitung der Blutfülle aus den Genitalien in die arbeitende Musculatur statt. Freilich kann für den eingefleischten Masturbanten, dessen Ideenkreis sich Tag und Nacht um das Geschlechtliche dreht, der Sitz auf dem vibrierenden, zumal fehlerhaft gebauten Radsattel bedenklich werden. Andererseits hat aber das Radfahren schon manchen Onanisten von seinem Laster befreit. Jedenfalls verhängt man nicht ohne eingehende Prüfung grundsätzlich Interdict über die Masturbanten. Stets freilich muss die Cyclotherapie vernunftgemäss und rationell betrieben werden, und der rathertheilende Arzt muss selbst Cyclist sein. Vor allem ist vor jedem Uebermaass dringend zu warnen, müssen Haltung, Sattelfrage, Kleidung, Ernährung u. s. w. richtig geregelt werden. Endlich ist zu betonen, dass die Cyclotherapie nur eine Ergänzung und Unterstützung der sonstigen Mittel, welche gegen die sexuelle N. in Anwendung gebracht werden, bildet.

(Die Therapie der Gegenwart, Mai 1905.)

- **Bornyval** hat Dr. K. Beerwald (Berlin) seit November 1904 in seiner Praxis geprüft und gelangte auf Grund seiner Erfahrungen zu dem Schluss, dass das Präparat unter allen Baldrianpräparaten die erste Stelle einnimmt. Ein Allheilmittel ist es nicht, aber z. B. bei Erregungszuständen hat es sich ausgezeichnet bewährt, sodass es bei N. in ihren verschiedenen Stadien, bei Melancholie und ganz besonders bei nervösen Reizzuständen des Herzens warm empfohlen werden kann. Auch bei Influenza vermag es oft sehr wohlthätig auf das Herz und die nervösen Erscheinungen einzuwirken.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1905 No. 23.)

**Pertussis.** **Aristochin bei P.** empfiehlt Privatdocent Dr. H. Koeppe (Giessen) auf Grund 30 damit behandelter Fälle, die sehr günstig durch das Mittel beeinflusst wurden. Autor gab allerdings ziemlich hohe Dosen, die anfangs nur 1—2mal täglich, bald aber 3-, 4- und 5mal gereicht wurden. Bei Kindern unter 1 Jahr und bei schwächlichen älteren Kindern betrug die Einzeldosis 0,2 g, bei über 1 Jahr alten 0,5 g. In allen Fällen wurde einige



Zeit nach Verabreichung des Aristochins Salzsäuremixtur nachgegeben. Die hohen Dosen wurden durchwegs gut vertragen, das Mittel gern genommen, in mancherlei Form verabfolgt (dem einen Kinde mit Zucker, dem anderen in Fruchtgelee, Milch u. dgl.). In allen Fällen nahmen die Hustenanfälle an Zahl und Intensität sehr bald und nachhaltig ab, auch die Dauer der ganzen Erkrankung erschien abgekürzt; frühzeitig gegeben, schien Aristochin den Keuchhusten vielfach zu coupiren.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1905 No. 9.)

- **Thymbromal, ein neues Keuchhustenmittel**, empfiehlt Dr. E. Wechsler (Prof. Frühwald's Kinderabtheilung der Wiener Allgem. Poliklinik). Das Präparat wird durch Maceration von Herba thymi, Fol. Castaneae vescae und Radix Senegae erzeugt; das Percolat wird mit Sachar. zu einem Syrup gekocht und pro 5 g (1 Kaffeelöffel) 3 Tropfen Bromoform zugefügt. Kindern im 1. und 2. Lebensjahre giebt man 3mal täglich und 1mal Nachts 15—20 Tropfen. im 3. und 4. Jahre ebenso  $\frac{1}{2}$  Kaffeelöffel, vom 5. bis 8. Jahre 1 Kaffeelöffel, später 1 Kinderlöffel. Autor hat das Mittel in 30 Fällen angewandt, fast durchwegs mit befriedigendem, zuweilen mit glänzendem Erfolge, und ohne je unangenehme Nebenwirkungen zu bemerken.

(Wiener med. Presse 1905 No. 22.)

- **Das Antitussin in der Behandlung des Keuchhustens und seine Stellung gegenüber den anderen gebräuchlichen Keuchhustenmitteln** beleuchtet Dr. R. Rahner (Gaggenau). Er hat Antitussin seit 1900 bei 200 Fällen von P. angewendet, und zwar nach Heim's Vorschrift, indem er ein nussgrosses Stück der Salbe auf den vorher mit Seife gereinigten Hals, die Brust und Interscapulargegend einreiben liess. Nur in 20 Fällen (complicirt mit schwerer Rhachitis und Bronchopneumonie) Misserfolge. 180mal prompte Reaction, d. h. in den meisten Fällen trat vom 5. Tage an zunächst eine Verminderung der Anfälle um ca. 50—70% ein, und von da ab verminderten sich die Anfälle von Tag zu Tag, sowohl an Zahl, als auch in ihrer Intensität, bis gegen Ende der 2. Woche der Keuchhusten einem lockeren Husten Platz machte, der in weiteren 5—6 Tagen fast völlig verschwand. Die schwere Athemnoth, Cyanose, Erstickungsgefahr wichen schon nach den ersten Einreibungen; ein Weiterschreiten der Infection in die tieferen Abschnitte des Respirations-

tractus fand nicht statt, und damit kam es nicht zu den so gefürchteten Complicationen. Bei rechtzeitiger Anwendung verhindert Antitussin das Stadium convulsivum. Es ist ausserdem ohne jede schädliche Nebenwirkung und lässt sich sehr bequem anwenden, auch bei den kleinsten Kindern. Alle anderen Behandlungsmethoden des Keuchhustens halten einen Vergleich nicht aus, auch die therapeutische Wirkung ist, wie Autor sich überzeugte, eine viel geringere. Nur mit Chinin hat Autor auch gute Erfolge gehabt, besonders in der Anwendungsweise nach Monti. Bei grösseren Kindern Chinin. mur., bei Kindern unter 2 Jahren Chinin. tannic. wie folgt ordinirt:

Rp. Chinin. mur. (Chinin. tannic.)

Sach. alb.

Natr. bicarb.  $\overline{aa}$  1,0

Divid. in part. aeq. No. X.

S. 2stdl. 1 Pulver.

Aber auch Chinin wirkt nicht so prompt wie Antitussin und wird oft verweigert.

(Münchener med. Wochenschrift 1905, No. 25.)

### **Rhinitis. Zur Behandlung des Schnupfens der Säuglinge**

empfiehlt Dr. Hecht (Beuthen O/S.) als einfaches, sich gerade für den Praktiker eignendes Mittel *Einträufelung einer 0.5% Sozjodol-Zinklösung mit Glycerinzusatz*, welcher letzterer entzündliche Schwellungen beseitigt und damit die behinderte Nasenathmung wiederherstellt. Diese günstige Wirkung lernte Autor auch bei Nasendiphtherie Scharlachkranker schätzen, denen diese Einträufelungen grosse Erleichterung bringen. Wo der Schnupfen reichliche Absonderung eines wässerig-schleimigen Secretes zur Folge hat, erfolgt nach der Einträufelung reichliche Entleerung durch Mund und Nase, wodurch der Nasenrachenraum gründlich gesäubert wird. Durch Herabfliessen des Medicamentes an der hinteren Rachenwand wird auch eine Entzündung des Nasenrachenraumes verhütet, resp. bekämpft. Werden die Einträufelungen fortgesetzt, so pflegt die Absonderung bald nachzulassen und Heilung einzutreten, selbst bei scrophulösen Kindern, wo sonst der Schnupfen sich doch meist als sehr hartnäckig erweist.

(Die Therapie der Gegenwart, Mai 1905.)

— **Toilette des Naseneinganges (Vestibulum nasi)** empfiehlt Regimentsarzt Dr. Fr. Halbhüser (Wien). Das Vestibulum nasi ist recht oft Sitz sehr schmerzhafter knotenförmiger, furunculöser Entzündungen der Talgdrüsen, sowie ekzematöser Erscheinungen; letztere werden wohl oft hervorgerufen durch den in der Luft enthaltenen Russ, der durch die Behaarung zurückgehalten wird. *Folge dieser furunculösen und ekzematösen Erkrankung des Naseneinganges ist meist eine rothe Nasenspitze*, ein unschöner und schmerzhafter Zustand, der bedingt wird durch das häufige Recidiviren jener Affectionen, wodurch es zur Bindegewebsverdickung und venöser Stase kommt. Die Verhütung jener zu den rothen Nasen führenden Entzündungsformen ist nun durch die tägliche Toilette des Naseneinganges zu erreichen und besteht in einer Massage des Naseneinganges mit endständig watteumwickelten, 3 mm dicken Holzstäbchen. Das mit Watte umwickelte Ende des Holzstäbchens wird in 3%iges Borvaseline getaucht, in den Naseneingang eingeführt und nun durch kleine rotirende und streichende Bewegungen die Schleimhaut des Naseneinganges, besonders der Winkel an der Nasenspitze und etwa schmerzhaft, etwas infiltrierte Stellen gut massirt. Dadurch werden alle Krustchen und Schuppchen, sowie hauptsächlich eine grosse Menge von Russ entfernt, die Schleimhaut aber nicht nur gereinigt, sondern auch geschmeidig gemacht und von kleinen Einrissen und Schrunden befreit, die Circulation an der Nasenspitze gehoben. Empfindliche Personen, die zu jenen Empfindungen disponirt sind, sollten dies früh und Abends auf längere Zeit durchführen, dann wird manche rothe Nase verhilft werden.

(Wiener med. Presse 1905 No. 23.)

**Tuberculose. Ueber die Furcht vor dem Tuberculösen und die Tuberculoseansteckung in der Ehe** hielt Dr. W. Thom einen Vortrag. Er trat der übertriebenen Furcht vor den Tuberculösen entgegen und stellte durch Nachforschungen erlangte Daten zum Beweise für seine Behauptungen entgegen. Autor hatte sich Folgendes gesagt: Wenn die Contact- und Inhalationsinfection der Bakteriologen wirklich so furchtbar ist, wie es Experimente zu lehren scheinen, so müsste doch in der Ehe als derjenigen socialen Institution, welche zwei Individuen aufs innigste mit einander verkettet, die Tuberculoseübertragung häufig beobachtet werden. Man denke doch an Kuss und ge-

schlechtlichen Verkehr! Und dann an die anderen Infectionsgelegenheiten: gemeinsame Wohnung, Geräte u. s. w. Wenn nun aber in der Ehe ein Gatte tuberculös ist und der andere es später auch wird, sind wir da gleich berechtigt, zu sagen, dass hier eine Uebertragung der Krankheit von einem zum anderen Gatten vorliegt? Keineswegs! Wer die T. beider Ehegatten gleich als Infection durch einander auffasst, macht einen grossen Fehler. Wenn bei einem Ehegatten ebenfalls T. constatirt ist, so bedeutet das zunächst nur die positive Thatsache, dass durch irgend ein schwächendes Moment in der Ehe die Disposition zum Manifestwerden der T. eintrat. Woher der oder die Betreffende die Koch'schen Bacillen hat, wer möchte das mit Bestimmtheit entscheiden, wenn man weiss, wie viel man mit der Milch, mit dem Nagelschmutz u. s. w. in der Kindheit aufnimmt. Man kann nur sagen: Eine Infection ist in diesem oder jenem Falle wahrscheinlich — nicht sicher — wenn man beobachtet, dass während offener T. eines Ehegatten oder bald nach dem tödtlichen Ausgang derselben auch der bis dahin gesunde, womöglich nicht belastete Ehepartner ebenfalls tuberculös wird. Von diesem Gesichtspunkte aus hat Autor die Befunde von 402 Fällen der Heilanstalt Hohenhonnef gesichtet und fand *unter diesen 402 Fällen nur in 12 Fällen eine Uebertragung der T. vom Kranken auf den bisher gesunden Ehegatten höchst wahrscheinlich!* Also nur drei von hundert Ehegatten inficiren sich, 97 bleiben gesund trotz tausendfacher Ansteckungsgefahr! Dementsprechend fielen auch die Nachforschungen beim Warte- und Pflegepersonal in Lungenheilstätten aus; in Hohenhonnef hatte Autor lange Zeit das Hauspersonal zu controlliren; es fand sich nie eine frische Infection. Es folgt daraus: Der Thierversuch, der die grosse Gefahr eines intimen Umgangs mit Tuberculösen darthun soll, ist nicht ohne weiteres auf den Menschen zu übertragen; die übergrosse Furcht vor dem Tuberculösen als Ansteckungsverbreiter ist vom praktischen Erfahrungsstandpunkte aus nicht begründet. Das soll nicht dazu führen, dass das Princip der Reinlichkeit bei Seite geschoben, Vorsichtsmaassregeln als überflüssig erklärt werden sollen. Aber eine Volksbeängstigung ist unnöthig und die Bekämpfung der T. darf nicht in eine Bekämpfung der Tuberculösen ausarten.

(Verein der Aerzte Düsseldorfs, März 1905. —  
Deutsche Medicinal-Ztg. 1905 No. 45.)

- In einem Vortrage über **Trauma und chirurgische T.** führt Prof. Ledderhose aus, dass in diesem Gebiete noch vieles dunkel ist. Es ist bisher nicht gelungen, im Experiment diejenigen Bedingungen nachzuahmen, welche beim Menschen ursächliche Beziehungen zwischen Trauma und Gelenktuberculose begründen können, und was die klinische Erfahrung am Krankenbett anbelangt, so sind hier doch wissenschaftlich vollkommen sicher beweisende Beobachtungen, welche Aufschluss geben könnten über die Häufigkeit der traumatischen T., überhaupt ausgeschlossen. Man ist da hauptsächlich auf die anamnestischen Angaben der Pat. selbst und ihrer Angehörigen angewiesen, ein sicher nicht sehr zuverlässiges Fundament! Im Ganzen darf man nach dem vorliegenden Material annehmen, dass nur in  $\frac{1}{6}$  bis  $\frac{1}{4}$  der Fälle von tuberculöser Erkrankung der Knochen und Gelenke Traumen als Gelegenheitsursachen beschuldigt werden können. Wir sind daher als Begutachter nur berechtigt, mit mehr oder weniger grosser Wahrscheinlichkeit die Annahme einer traumatischen Entstehung der T. zu machen, dürfen uns aber nicht verleiten lassen, den Zusammenhang als ganz sicher hinzustellen, mit Bestimmtheit zu behaupten, dass das Leiden die Folge des angegebenen Unfalles ist. Ja, bei der geringen Wahrscheinlichkeit, die, wenn wir den wissenschaftlichen Maassstab anlegen, die traumatische Entstehung einer T. der Knochen oder Gelenke im allgemeinen für sich hat, sind wir berechtigt, an die Beurtheilung der einzelnen Fälle mit der Muthmaassung heranzutreten, dass die behauptete traumatische Aetiologie von vornherein unwahrscheinlich ist. Damit soll natürlich nicht gesagt sein, dass wir die Prüfung des gegebenen Materials mit Voreingenommenheit ausführen sollen, vielmehr soll alles objectiv geprüft werden; aber wir werden Daten und Thatfachen verlangen müssen, welche für die gemachten Behauptungen wenigstens eine Wahrscheinlichkeit ergeben, und werden ein verneinendes Gutachten abgeben, sobald diese Bedingung nicht erfüllt ist. Wenn z. B. in einem bestimmten Falle die Thatsache des Unfalles festgestellt, wenn directe Unfallfolgen ärztlich beobachtet sind, wenn diese allmählich ohne Unterbrechung in die Erscheinungen einer Gelenktuberculose übergangen, und sich nachweislich bis zur Fixirung der Diagnose „Tuberculose“ eine mehr oder weniger andauernde Funktionsstörung des verletzten Körpertheils bemerkbar machte, wenn endlich eine grössere Anzahl von Wochen vergangen

ist, ehe die ersten Erscheinungen der T. sich zeigten, so werden wir keine Bedenken zu haben brauchen, einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und T., zwar nicht im wissenschaftlichen Sinne als bewiesen, aber doch als sehr wahrscheinlich anzunehmen. Wir müssen uns aber auch häufig zur Abgabe eines die Ansprüche des Pat. befürwortenden Gutachtens entschliessen, wenn die aufgezählten Bedingungen nur unvollständig gegeben sind, weil die Gesetzgebung erheblich geringere Anforderungen in Bezug auf die causale Bedeutung des Unfalles stellt, als die wissenschaftliche Beobachtung. Aber wir sollten dann eben nur die Wahrscheinlichkeit des Zusammenhanges zugeben, und auch nur dann ein bejahendes Urtheil aussprechen, wenn diese Wahrscheinlichkeit durch glaubwürdige Angaben und einwandfreie Thatsachen gestützt werden. Dann würden viele unnöthige Anstrengungen, Kosten und Enttäuschungen auf Seiten derjenigen Versicherten vermieden werden, deren Ansprüche erst in höheren Instanzen auf Grund eingehender Beweisaufnahme und ärztlicher Untersuchungen als unbegründet erkannt werden.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1905 No. 10.)

- Einen **Beitrag zur Tuberculosebehandlung** liefert Dr. M. Berliner (Breslau). Nachdem Autor gefunden, dass die Injection einer 40%igen Mentholricinuslösung in der Glutaealgegend von keinerlei Belästigung begleitet oder gefolgt ist, wurde er durch theoretische Erwägungen veranlasst, diese Injectionen bei Phthise vorzunehmen. Er spritzte gewöhnlich 5 ccm jener Lösung einmal in der Woche ein, nachdem er die Glutaealgegend mittels Aethers anaesthesirt hatte. Auch eine Mischung von 20 ccm Eucalyptusöl mit 100 ccm Ricinusöl erwies sich für diese Injectionen als brauchbar. Autor bekam meist Pat. mit schon ausge dehnteren Processen, einzelne mit ausgeprägten Cavernensymptomen, meist mit Fieber, erhöhter Pulsfrequenz u. s. w. Trotzdem ergaben die Injectionen recht befriedigende Resultate. Vor allem zeigten sie eine ausserordentliche sedative und antispasmodische Wirkung. Die Hustenparoxysmen waren nach wenigen Injectionen so gemildert, dass die bis dahin unentbehrlichen Narcotica weggelassen werden konnten. In dieser Beziehung kommt dem Menthol noch praegnantere Wirkung zu, als dem Eucalyptusöl. Mit dem Hustennachlass gingen einher bessere Nachtruhe und damit Hebung der Kräfte, des Appetits, Gewichtszunahme. Recht prompt beseitigt wurden die Nachtschweisse. Nach etwa

zwanzig Einspritzungen war fast immer die Besserung eine augenscheinliche: subjectives Befinden, Puls, Temperatur wurden günstig beeinflusst, die Expectorations wurde eine leichtere, das Sputum wurde rein schleimig und immer spärlicher, die Tuberkelbacillen verschwanden bei einer ganzen Reihe von Fällen vollständig, und die percutorischen und auscultatorischen Veränderungen gingen damit Hand in Hand. Eine Verbesserung der Methode wurde in letzter Zeit noch dadurch erzielt, dass statt des Ricinusöls ein Product desselben, das Floricinöl (Chem. Fabrik Dr. Noerdlinger, Floersheim a. M.) benützt wurde, ein constantes, der Zersetzung nicht unterworfenen Präparat, dessen Lösungen auch so dünnflüssig sind, dass man zu den Injectionen feine Nadeln benützen kann. Autor benützt jetzt folgende Lösungen:

Rp. Ol. Eucalypt. 50,0  
 Ol. Floricin. pur. 100,0  
 S. Gründlich vermischt, zu Injectionen.

Rp. Menthol. cryst. 40,0  
 Ol. Floricin. pur. 60,0  
 M. leniter calefaciendo.

Rp. Ol. Eucalypt. 10,0  
 Ol. Floricin. pur. 15,0  
 Menthol. cryst. 10,0  
 M. leniter calefaciendo.

Auch hiervon werden jede Woche 5 ccm injicirt.

(Medic. Section der Schles. Gesellschaft für vaterländ. Cultur, 19. Mai 1905. —  
 Allgem. med. Central-Ztg. 1905 No. 23.)

- Seine **Erfahrungen bei der Behandlung des Lupus vulgaris nach der Dreuw'schen Methode\***) theilt Dr. H. Kaestner (Schwerin) mit. Die Fälle verliefen zunächst durchaus glatt und gut, das kosmetische Resultat war sehr befriedigend. Aber sämtliche sechs Fälle zeigten in einem Zeitraum von zwei bis fünf Monaten post operat. frische Lupusherde, bei einem Fall trat  $\frac{3}{4}$  Jahr nachher der Lupus fast in der alten Ausdehnung auf; der an Jahren jüngste, an Ausdehnung geringste Fall recidirte am ersten. Also jene Methode leistet nicht mehr, als andere (Auskratzung, Paquelin), ihr augenblicklicher guter kosmetischer Erfolg darf den Arzt nicht bestechen, ebensowenig wie die relativ schnelle Heilung der ausgeätzten Stellen. Autor behandelt

Siehe Excerpta S. 106.

jetzt Lupus vorwiegend nach Finsen und er kann den prakt. Aerzten nur rathen, ihre Pat. Finsen-Instituten zu überweisen, da diese Methode den sichersten Erfolg verspricht und das beste kosmetische Resultat ergiebt.

(Medicin. Klinik 1905 No. 28.)

— **Ueber Lupus vulgaris postexanthematicus** stellt Dr. Fr. v. Veress (Unna'sche Klinik Hamburg) auf Grund seiner Erfahrungen folgende Sätze auf:

1. Nach acuten Exanthemen der Kinder — Wasserpocken, Masern, Scharlach — tritt manchmal während der Reconvalescenz, öfters aber nach Ablauf derselben, eine disseminirte Hauttuberculose in Form des Lupus vulgaris auf.
2. Alle Umstände und klinischen Symptome, nämlich: die vielen Laesionen der Haut, das Fehlen von Metastasen innerer Organe, das Fehlen allgemeiner Embolisation, Auftritt des disseminirten Lupus nach und nicht während des acuten Exanthems, häufig vorkommende spätere Vermehrung der Efflorescenzen u. s. w. sprechen für einen äusseren Ursprung durch Inoculation. Die einzigen, die haematogene Entstehung scheinbar stützenden Argumente, wie Multiplicität und gleichzeitiges Auftreten vieler Herde, sind eigentlich auch für die äussere Entstehungsart verwerthbar, da die Inoculation auf einer vielfach beschädigten, zarten Kinderhaut an vielen Stellen gleichzeitig zustande kommen kann.
3. Im histologischen Bau fehlen die Kriterien-Betheiligung der Gefässe an der Bildung der lupösen Herde, Auftreten der Knötchen in allen Schichten der Haut u. s. w. —, die die Annahme einer haematogenen Entstehungsart dieser Lupusform stützen könnten. Die bisher publicirten Fälle, nebst unserem eigenen, zeigen den normalen Typus des Inoculationslupus.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1905, Bd. 40 No. 11.)

**Tumoren.** Seine Erfahrungen über **Myom und Menopause** publicirt Prof. Dr. Winter (Königsberg i. P.) und formulirt den Einfluss, welchen die Menopause auf Uterusmyome auszuüben pflegt, wie folgt:

1. Die Menopause bringt in den weitaus überwiegenden Fällen Stillstand des Wachstums und Beschwerdelosigkeit.



2. Die Symptome, welche man bei Myom in der Menopause beobachtet, erklären sich:
  - a) Durch die nicht seltene Ausstossung submucöser Myome,
  - b) durch erhöhte Neigung zu sarkomatöser Degeneration,
  - c) durch gelegentliche aus unbekannten Ursachen auftretende Blutungen.
3. Myome wachsen zuweilen auch ohne secundäre Degeneration im Klimakterium weiter; am häufigsten subseröse, am seltensten interstitielle Myome.
4. Myomoperationen in der Menopause gehören nicht zu den Seltenheiten.

Der alte Erfahrungssatz, dass die Myome nach eingetretener Menopause keine klinische Bedeutung haben, hat demnach seine Gültigkeit verloren.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 27.)

— **Zur Frühdiagnose des Gebärmutterkrebses** macht Dr. H. Kayser (Frankfurt a. M.) eine interessante Mittheilung, welche zeigt, wie auch der geübte Untersucher in manchen Fällen leicht das Carcinom in seinen Anfängen übersehen kann und das Nichterkennen hier entschuldbar ist. Es handelt sich um zwei Fälle, welche dies illustriren. Im October 1901 kam eine 36jährige, blühend aussehende, wohlgenährte Frau, die mehrere Male geboren hatte, mit der einzigen Klage, dass sie jedesmal nach dem Beischlaf etwas Blut verliere. Für Carcinom sprach nichts. Das Specularbild zeigte nichts Verdächtiges, der keineswegs vergrösserte Uterus war ganz frei beweglich. Trotzdem hielt Autor, da sich kein anderer Grund für die Blutungen post coitum fand, es für angezeigt, aus den beiden Muttermundslippen Stückchen zu excidiren. In einem dieser Stücke fand sich ein typisches Plattenepithelcarcinom. Der Fall legt den Collegen dringend ans Herz, in ähnlichen Fällen ebenso zu handeln, um so event. eine beginnende, dem Auge noch nicht zugängliche Erkrankung der Portio aufzudecken. Der zweite Fall, der seinen tragischen Abschluss vor wenigen Wochen gefunden hat, begann im März 1901. Die 60jährige Patientin, seit 10 Jahren im Klimakterium stehend, klagte über Brennen an den äusseren Genitalien, Druck im Unterleib und leichten Fluor albus. Es fanden sich eine Entzündung der linken Bartholinschen Drüse und ein mandelförmiges glattes Fibrom, das mit einem etwa 1½ cm langen Stiele von der hinteren Muttermunds-

lippe des im Uebrigen normalen Uterus ausging. Abdrehung der Polypen, Scheidenspülungen und Sitzbäder. Nach 14 Tagen konnte Pat. als geheilt entlassen werden. Durch einen Zufall gelangte der harmlos aussehende Polyp im Frankfurter Pathalog. Institut zur Untersuchung, wobei in dem Polypen carcinomatöse Stellen gefunden wurden, während der Stiel frei von solchen war. Es wurde nun noch der Mutterboden, dem der Polyp entwachsen war, untersucht; in der excidirten hinteren Muttermundslippe fand sich auch mikroskopisch kein Carcinom. Autor verhielt sich nunmehr abwartend, er sah die Frau bis um die Mitte des Jahres 1903 in kurzen Zwischenräumen und fand nie etwas Carcinomverdächtiges. Von da ab verschwand die Pat. bis zum Februar d. J., wo sie mit der Angabe kam, dass sie bei mässigen Schmerzen seit einigen Wochen viel Blut verliere. Untersuchungsergebnis: absolut inoperables Uteruscarcinom. Pat. starb kurz nachher. Sie hätte damals bei frühzeitiger Operation sicher geheilt werden können, und meint Autor, dass er im gleichen Falle jetzt ohne Zagen sofort den Uterus extirpieren würde. Jedenfalls ist der Fall eine Mahnung, bei allen polypösen Gebilden, mögen sie aus dem Muttermund hervorragen oder von den Muttermundslippen ausgehen, namentlich, wenn es sich um ältere Frauen handelt, niemals eine genaue mikroskopische Untersuchung zu unterlassen.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1905 No. 14.)

### **Ulcus ventriculi. Zur Therapie des U. und der Hyper-**

**acidität des Magensaftes** empfiehlt Dr. A. Köhler (Teplitz) sehr die *Oeltherapie*. Diese Cur ist aber schwer durchzuführen, wenn man das Oel nicht in Gelatinekapseln nehmen lässt. Autor hat solche herstellen lassen; in einer mit einem Antisepticum sterilisirten Gelatinehülse ist Ol. Olivar. zu 3 oder 5 g enthalten (10 Kapseln mit 5 g entsprechen 3 Esslöffel Oel). Damit kommen der ölige Geschmack im Munde und das nach dem Trinken oft auftretende kratzende Gefühl im Rachen in Wegfall, und die ganze Menge des Oels kommt an der gewünschten Stelle zur Wirkung. Die Capsul. olei olivar. asepticae sind in Cartons zu 30 und 50 Stück verpackt. Autor hat die zu 3 g in Fällen von uncomplicirter Gastritis hyperacida und die zu 5 g Inhalt bei U. und Gastrectasie benützt und ausgezeichnete Resultate erzielt.

(Wiener med. Wochenschrift 1905 No. 21.)

- **Die Magenverdauung der Kindernahrung „Odda“** hat Dr. H. Schlesinger (Frankfurt a. M.) in genauen Experimenten geprüft, die zu recht günstigen Resultaten führten, sodass Autor Odda nicht nur als Säuglingsnahrung, sondern auch als Diaeteticum für magenleidende Erwachsene, insbesondere solche, die an Ulcus ventriculi erkrankt sind, empfiehlt. Für eine derartige Verwendung spricht vor allem die Thatsache, dass die Acidität des Mageninhaltes bei Odda in mässigen Grenzen sich hält.

(Medic n. Klinik 1905 No. 30.)

**Ulcus molle.** Aus einer Arbeit von Stabsarzt a. D. und Privatdoc. Dr. Er. Hoffmann (Berlin): **Ursache und Behandlung des weichen Schankers und seiner Folgen**, wollen wir das hervorheben, was der Autor über die Therapie sagt. Es heisst da: Gegen die Infection mit U. schützt man sich am besten durch den Gebrauch eines Praeservativs; gute Dienste leistet auch die dem Coitus vorausgehende Einfettung der Genitalien (z. B. mit Byrolin) und nachfolgende Waschung mit Lysoform oder Sublimatlösung. Die Excision des U. ist nur dann zu empfehlen, wenn eine gleichzeitige Infection mit Syphilis wahrscheinlich ist; sonst ist sie überflüssig und führt mitunter trotz aller Vorsicht zur Infection der Wundränder. Zu vermeiden sind auch Aetzungen mit Argent. nitr. oder Cupr. sulf., weil sie zu einer Verhärtung des Grundes führen können und die so wichtige Differentialdiagnose gegenüber dem harten Schanker erschweren. Zur Behandlung des U. haben sich mir Localbäder mit Kaliumpermanganatlösung, Betupfen mit Acid. carbolic. liquef. oder Jodtinctur und Bestreuen mit desodorirtem Jodoform am besten bewährt. Die möglichst warmen, 10—20 Minuten dauernden örtlichen Bäder mit rothweinfarbener Kaliumpermanganatlösung (zwei- bis dreimal täglich) sorgen für Reinlichkeit und verhüten die weitere Ausbreitung durch Autoinoculation. Die vorsichtige Aetzung des Geschwürsgrundes und Randes mit Acid. carbolic. liquef. ist besonders anfangs täglich einmal anzurathen, später leistet Betupfung mit Jodtinctur oft noch bessere Dienste; sie wird bis zur Reinigung der Geschwüre täglich oder nur jeden zweiten Tag fortgesetzt. Von Streupulvern ist das Jodoform das beste (zwei- bis dreimal täglich aufgetragen). Für Fälle, wo es abgelehnt wird, sind Airol und Europhen (event. mit Acid. boric. aa) noch am empfehlenswerthesten; neuer-

dings wird dem Isoform ( $\overline{aa}$  mit Calc. phosphor.) eine recht günstige Wirkung zugeschrieben. Bei perforirenden Geschwüren des Frenulum versäume man nicht die Durchtrennung der Bändchenbrücke, um das U. in ganzer Ausdehnung freizulegen. Haben die Geschwüre sich unter dieser Behandlung gereinigt, so führt folgende Salbe am schnellsten zur Ueberhäutung:

Rp. Arg. nitr. 0,3

Bals. peruv. 3,0

Lanolin.

Vaselin. flav.  $\overline{aa}$  ad 30,0

In besonders hartnäckigen Fällen thut die Bestrahlung mit dem Paquélin (er wird glühend dem Geschwürsgrund und Rand bis auf wenige Millimeter genähert und eine Stelle nach der anderen bestrahlt, bis eben Schmerzen entstehen) oder die Heissluftkauterisation (Holländer) häufig gute Dienste. Einfacher und oft zum Ziele führend ist in solchen Fällen ein Versuch mit Vin. camphorat. oder der sehr empfehlenswerthen Aqua chlori (mit frischem Chlorwasser getränkte Wattebüschchen werden alle  $\frac{1}{4}$  Stunden gewechselt, die gesunde Haut durch Einfettung geschützt) neben Fortsetzung der Jodoformbehandlung. Bei Behandlung des *Bubo* ist man mehr und mehr von der Radical-ausräumung abgekommen. Im Beginn gelingt es oft, durch Ruhe und Alkoholverband die Entzündung zum Rückgang zu bringen. Schwellen die Drüsen hierbei nicht ab, so sind heisse Cataplasmen oder ein Thermophor anzuwenden; mitunter erfolgt auch dann noch Rückgang, sonst aber gewöhnlich schnelle Erweichung. Ist ein fluctuirender Abscess entstanden, so wird mit einem Scalpell eine  $\frac{1}{2}$  cm lange Incision auf der Höhe der Schwellung gemacht, der Eiter entleert, und es werden mit einer Pravaz- oder Lewin'schen Spritze 1—2 ccm einer 1%igen Höllensteinlösung oder besser 10%igen Jodoformglycerinmischung eingespritzt. Die Anwendung von Jodoformglycerin ist wegen der geringen Schmerzhaftigkeit und besseren Wirkung der ursprünglichen Höllensteinbehandlung vorzuziehen; nach Arg. nitr.-Einspritzungen habe ich zweimal unter allerdings sehr zahlreichen günstig verlaufenden Fällen eine ausgedehnte Nekrose der Fascia lata auftreten sehen. Die Injection von Jodoformglycerin soll nach der Eröffnung des Bubo dreimal hintereinander in solcher Menge gemacht werden, dass alle Buchten ausgefüllt werden; oft braucht sie dann am folgenden Tage nur noch einmal wiederholt zu werden, um in wenigen Tagen Versiegen der Secretion

und Heilung zu bewirken. Während dieser Behandlung wird ein Dunstverband mit essigsaurer Thonerde oder Campherwein angelegt, Bettruhe ist nicht unbedingt erforderlich. Neue Erweichungsherde in der Nachbarschaft des ersten werden in derselben Weise behandelt. Versiegt die Secretion in der angegebenen Zeit nicht, so liegen gewöhnlich nekrotische Drüsen- oder Kapselreste in der Tiefe, welche durch die kleine Oeffnung nicht herausbefördert werden können; durch eine wenige Centimeter lange Incision und Jodoformtamponade, event. auch Auskratzung der nekrotischen Fetzen werden auch diese Fälle gewöhnlich in wenigen Wochen geheilt. Nur in seltenen Fällen wird beim venerischen Leistenbubo eine Ausräumung der geschwollenen Drüsen nothwendig sein; auch in diesem Falle schone man die wenig geschwellten Leistendrüsen, da sie im Falle einer späteren Genitalerkrankung dem Organismus unschätzbare Dienste leisten können, so viel wie irgend möglich.

Schankröse Bubonen werden am besten reichlich mit Jodoform und Campherweinverband behandelt; in hartnäckigen Fällen leistet Aqua chlori und Bestrahlung mit dem Paquélin oft Vorzügliches; subcutane Taschen müssen natürlich gespalten, überhängende Ränder mit der Scheere abgetragen werden. Bubonuli werden frühzeitig gespalten und mit Jodoform und Campherwein behandelt. Durch Ulcera mollia bedingte leichtere Grade von Phimose gehen öfters beim Gebrauch protrahirter Kaliumpermanganatbäder und Einspritzungen dieser Lösung mittels einer nicht zu kleinen Tripperspritze in den Vorhautsack wieder zurück. Ist das nicht der Fall, oder besteht übelriechender blutiger Ausfluss und gar Fieber, so ist die sofortige dorsale Spaltung der entzündeten Vorhaut zur Freilegung der Geschwüre geboten. Von der Circumcision und Naht rathe ich, so lange virulente Ulcera vorhanden sind, Abstand zu nehmen, weil trotz aller Vorsicht eine Infection der Wunde eintreten kann; nach Heilung der weichen Schanker lässt sich die plastische Operation, falls sie gewünscht wird, unter viel günstigeren Bedingungen ausführen. Bei Paraphimose ist, wenn die Reposition nicht gelingt, die Durchtrennung des einschnürenden Rings event. mit völliger dorsaler Spaltung des zu engen Praeputium am Platze. Phagedaenische Schanker werden zunächst mit den oben genannten Mitteln, vor allem protrahirten Kaliumpermanganatbädern, Jodoform, Campherwein oder Aqua chlori behandelt; besonders letzteres bringt oft schnelle Reinigung

der Geschwüre zu Stande. In schweren Fällen ist die einmalige Aetzung mit einem aus Chlorzink und Wasser bereiteten Brei (einige Minuten lang) oft von vorzüglicher Wirkung. Stets ist auf die Möglichkeit einer heftigen Blutung aus den Schwellkörpern hinzuweisen und dem Patienten für diesen Fall die Compression des Penis an seiner Wurzel anzurathen. Die Stillung der Blutung gelingt meist mit Eisenchlorid und Druckverband, manchmal aber erst durch Verschorfung mit dem Paquélin oder Umstechung; Morphinum subcutan sorgt am besten für die durchaus gebotene Ruhe und trägt nicht wenig zum Stehen der Blutung bei. In verzweifelten Fällen von phagedaenischen und serpiginösen Schankern muss ein combinirtes energisches Verfahren eingeschlagen werden. In Narkose werden die überhängenden Geschwürsränder abgetragen, der Grund mit dem Paquélin verschorft und am besten noch mit Chlorzinkbrei oder 20—50%iger Lösung nachgeätzt; auf diese Weise gelingt es gewöhnlich, mit einem Male dem Zerstörungsprocess überall Einhalt zu thun. Bei serpiginösen Schankern sind auch Bestrahlungen der Ränder mit dem Paquélin oft von guter Wirkung; nie versäume man in diesen Fällen, um die leicht mögliche Verwechslung mit tertiären ulcerösen Syphiliden zu vermeiden, mehrere Wochen lang Jodkali zu geben.

Endlich möchte ich noch hervorheben, dass zugleich mit der Uebertragung des weichen Schankers auch nicht selten eine Infection mit Lues erfolgt; selbstverständlich muss deshalb, besonders wenn suspecte Drüsenschwellungen sich zeigen, genau auf das Auftreten unzweideutiger syphilitischer Krankheitserscheinungen geachtet und gegebenen Falls eine energische Quecksilbercur eingeleitet werden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 30.)

**Vitia cordis.** Ueber die bei der Digitaliswirkung beobachtete Cumulation und ihre Vermeidung hat Dr. C. Focke (Düsseldorf) Untersuchungen angestellt. Als Ursachen, weshalb die Cumulation gerade bei der Digitalis so leicht auftritt, sieht er an: die besonderen zeitlichen Verhältnisse bei der Aufsaugung und Ausscheidung, sowie die Ungleichmässigkeit gewisser Präparate. Was zunächst die Aufsaugungszeit betrifft, so kann man die Aufsaugung jeder einzelnen Dosis als beendet betrachten: beim reinen Digitoxin nach ca. vier Tagen, beim feinen Blätterpulver nach ca. zwei Tagen und beim Infus nach einem Tag.

Sind diese Zeiten nach der letzten Gabe verflossen, so ist eine stärkere Wirkung als die vorhandene nicht mehr zu erwarten. In der Ausscheidungsfrage lässt sich Folgendes sagen: Von einer kräftigen, auf mehrere Tage vertheilten therapeutischen Dosis des Digitoxins ist nach 8—10 Tagen nichts mehr zu bemerken; wogegen die Wirkung einer mit kräftigen Blättern gebrauchten Cur gewöhnlich 14 bis 20 Tage bemerkbar sein wird. Die dritte Frage ist heutzutage leicht zu lösen, da wir gleichmässige Präparate besitzen: z. B. die Folia Digitalis titrata und die Tinct. Digital. titrata von Caesar & Loretz (Halle) oder Dr. Siebert & Dr. Ziegenbein (Marburg), das Digitalysat von Joh. Bürger (Wernigerode), das Digitoxin von Merck. Welches Präparat ist nun aber das zweckmässigste? Vergleicht man das Digitoxin mit den Blättern, so ist zunächst die Behauptung Cloëtta's zu berichtigen: „weil das Digitoxin der einzige in Betracht kommende wirksame Bestandtheil der Blätter sei, so sei die Wirkung beider zu identificiren“. Dass die Blätter einen anderen digitalisähnlich wirkenden Bestandtheil nicht enthalten, mag richtig sein, aber die Schlussfolgerung ist unrichtig. In den Blättern wird z. B. durch die Gegenwart wasserlöslicher Substanzen das wasserunlösliche Digitoxin löslich, sodass es zu  $\frac{2}{3}$  in das wässrige Infus übergeht; auch sind hier die stets vorhandenen Enzyme thätig, die die Wirkung der Glukoside modificiren können. Ferner macht die klinische Beobachtung es zweifellos, dass die Blätter weniger gefährlich sind. Dann wirken die Blätter auch rascher und andauernder; sie haben in ihrer therapeutischen Wirkung ferner einen grösseren Spielraum, und daher ist bei ihnen die Vermeidung der toxischen Cumulation leichter. Die Tinctur. Digital. wird aus getrockneten Blättern mit Spirit. dilut. hergestellt. Letzterer wird fast alles Digitoxin der Blätter lösen, aber von den einflussreichen wasserlöslichen Bestandtheilen nur einen Theil in sich aufnehmen. Demnach ist eine gute (d. h. eingestellte) Tinctur zwar höher als das Digitoxin zu schätzen, aber nicht so hoch wie die Blätter; sie mag etwa in der Mitte zwischen beiden stehen. Näher den Blättern würden die Fluidextrakte stehen, wenn sie durch wässriges Ausziehen der Blätter hergestellt und dann physiologisch eingestellt wären. Als ungefähr gleichwerthig mit den Blättern kann ein gutes Dialysat des ausgepressten frischen Blättersaftes betrachtet werden. Bisher hat Autor das in der Schweiz hergestellte Dialysat als die zweckmässigste unter den flüssigen Dauer-

formen der Digitalis geschätzt. Seit einem Jahre benützt er das aus Harzer Blättern hergestellte, haltbare Dialysat von Bürger, das sämtliche Wirkungen der Blätter besitzt und sich in der Praxis bewährt hat. Das neue Präparat Digalen scheint keine Vortheile zu haben. Zusammenfassend, stellt Autor folgende Regeln für die Vermeidung der Digitaliscumulation auf: Man benütze stets ein gleichmässiges Präparat, am besten wohl die Fol. Digital. titr. oder das Digitalysat. Man gebe dieselben gleich in kräftiger Dosis (z. B. beim Erwachsenen 1,0—1,5 der Fol. titr. auf 150,0 Infus in zwei Tagen zu verbrauchen, oder drei Tage hindurch dreimal täglich 0,1 g als Pulver, in beiden Fällen einige Zeit nach der Mahlzeit zu nehmen). Wirkte die Gesamtdosis nicht genug, so ist jedesmal die Aufsaugungszeit abzuwarten, d. h. nach dem letzten Einnehmen des Infuses 24 Stunden, des Pulvers zweimal 24 Stunden; dann gebe man in den gleichen Einzeldosen  $\frac{2}{3}$  der obigen Gesamtdosis. Zur Schonung des Magens lasse man ein Glas Flüssigkeit nach Wahl der Kranken nachtrinken. Dosis des Digitalysates: 3—4 Tage lang viermal täglich 12—15 Tropfen. Hat man deutlichen Erfolg erzielt, so schiebe man die Erneuerung der vollen Dosis möglichst hinaus; man gebe sie nicht früher wieder als nach 14 oder frühestens nach 10 Tagen.

(Medicin. Klinik 1905 No. 31.)

— **Zur Digalenterapie** giebt Dr. Weinberger (Städt. Krankenhaus zu Wiesbaden) seine Erfahrungen bekannt, die er an zahlreichen Fällen gesammelt hat. Das Testobjekt für die klassische Digitaliswirkung sind jugendliche Kranke mit decompensirtem Mitralfehler. Nur ein Fall dieser Art kam bisher vor; hier trat bei subcutaner Anwendung des Präparates ein voller Erfolg ein: Abnahme der Frequenz des Pulses und der Athmung, Einsetzen einer starken Diurese. Aber auch bei schon länger bestehenden Herzleiden älterer Personen mit ihren Folgezuständen (Cirrhose cardiaque) und bei primären Myocarditiden zeigte Digalen ganz schöne Erfolge. Im Allgemeinen kann sich Autor also den günstigen Urtheilen, die über Digalen bisher gefällt sind, anschliessen und als wesentliche Vorzüge des Präparates vor dem Digitalisinfus folgende nennen:

1. die genaue Dosirbarkeit infolge stets gleicher Zusammensetzung,
2. die beinahe absolute Reizlosigkeit, die neben der Verabreichung per os die oft erwünschte und zuver-



lässige subcutane und intravenöse Application gestattet,

3. die eben dadurch gegebene Möglichkeit, durch rasche Einverleibung grosser Dosen oft in kürzester Zeit eine maximale Wirkung zu erzielen. Dazu eignet sich vor allem die vollständig schmerzlose intravenöse Application, bei der relativ grosse Einzeldosen (3—5 ccm) nothwendig sind und auffallend gut vertragen werden.

(Centralblatt f. innere Medicin 1905 No. 27.)

— **Ueber die angeblichen Gegenindicationen für die Anwendung des Chloralhydrats allein und in Verbindung mit Morphin auf Grund von eigenen Beobachtungen** —

die allerdings nur zwei Fälle umfassen — lässt sich Dr. H. Kühn (Hoya a. W.) aus. In dem einen Falle hatte es Autor mit einem schweren organischen Herzleiden, Arteriosklerose mit Myocarditis, zu thun, bei dem das Chloralhydrat in Verbindung mit Morphin als Schlaf- und Beruhigungsmittel zwei Monate lang in beträchtlichen Gaben sich ganz vorzüglich bewährte, ohne einen in die Augen fallenden Schaden anzurichten, — ganz im Gegensatz zu den maassgebenden Autoren, von denen z. B. Liebreich warnend hervorhebt: „Grosse Vorsicht erfordert die Anwendung des Chloralhydrats bei allen organischen Erkrankungen des Herzens und der Respirationsorgane“. Dass die ungünstige Beeinflussung des Herzens durch Chloral auch sonst nicht so sehr zu fürchten ist, wie meist angegeben wird, beweisen doch auch die von allen Seiten anerkannten Erfolge der Chloralbehandlung des Delirium tremens und der acuten alkoholischen Geistesstörungen, Erkrankungen, bei denen der Puls wie das Herz alles andere als normal sind. Auch hierfür zieht Autor eine eigene Beobachtung heran, einen Pat. mit schwerster alkoholischer acuter Psychose, bei dem sehr oft die Gefahren des Herzcollapses drohten. Dieser Pat. verbrauchte in 32 Tagen 60 g Chloral und 0,14 g Morphin, und zwar zunächst 40 g Chloral in 12 Tagen oder 3,3 g Chloral täglich vom 19.—30. VI. und 20 g Chloral und 0,14 g Morphin in 20 Tagen oder 1 g Chloral täglich vom 1.—20. VII. Die beruhigende Wirkung war eine sehr gute, Pat. nahm sehr an Gewicht zu; eine schädigende Chloralwirkung auf das hier äusserst gefährdete Herz zeigte sich nicht, im Gegentheil, mit der zunehmenden allgemeinen Beruhigung beruhigte sich auch die Herz-

thätigkeit und wurde wieder kräftiger. Auch die von Aufrecht gefürchtete Combination von Chloral mit Morphinum bei Alkoholikern war hier unschädlich. Aufrecht meint: „Auf das eindringlichste aber muss ich vor dem Zusatz von Morphinum zum Chloral warnen; ich halte diese Combination für lebensgefährlich“. Obige zwei Fälle sind wohl geeignet, die bisherige Annahme von der Gefährlichkeit des Chlorals bei Herzkranken in's Wanken zu bringen oder mindestens die Sache erneut zu untersuchen und auf Grund eines grösseren Materials event. zu modificiren.

(Therap. Monatshefte, Juli 1905.)

---

## Vermischtes.

---

- **Zur Wirkung des Hyoscins in der neurologisch-psychiatrischen Praxis** publicirt H. Higier (Warschau) seine Erfahrungen. Er benützt seit 10 Jahren Hyoscin. brom., hauptsächlich in wässriger Lösung und in Pillen, und hat es als gutes Sedativum schätzen gelernt zunächst bei Neurosen und Psychosen, die sich durch acute oder chronische Ueberregbarkeit der motorischen Sphäre auszeichnen, vor allem bei *Paralysis agitans*, von der 50 Fälle mit Tagesdosen von 0,2—0,3 mg mit befriedigendem Erfolge behandelt wurden. Manche Pat. vertrugen diese Dosen jahrelang. In einzelnen Fällen trat Gewöhnung an das Mittel ein, entwickelte sich geradezu Hyoscinismus. Eine Steigerung der Dosis war nirgends im Laufe von Jahren nothwendig, wenn nur die Lösung nicht zu alt war. Eine ungünstige Beeinflussung des Kräftezustandes trat bei längerem Gebrauch des Hyoscin nicht ein. 3mal gelangte Hyoscin bei *Chorea* zur Anwendung, bei zwei 15jährigen Mädchen und einer Graviden, die infolge heftigen Schreckes plötzlich erkrankt waren. Trotz Brom, Arsen, Chloral, Morphinum wurden die choreatischen Bewegungen immer heftiger und zahlreiche Verletzungen traten dabei ein. Durch Dosen von 1 mmg täglich wurde im Laufe einer Woche ein ziemlich erträglicher Zustand erzielt, sodass zu den üblichen Mitteln übergegangen werden konnte. In einem Falle von Schütteltremor, wo der Zustand der Pat. infolge eines gleichzeitig bestehenden *Pruritus senilis* unerträglich war, liess bei Darreichung des Hyoscins in wässriger Lösung das Jucken nach und ver-

schwand schliesslich gänzlich. Autor wendete seitdem das Mittel wiederholt an bei verschiedenartigem Jucken allgemeiner und localer Natur und erreichte damit in nicht wenigen Fällen — diabetischer Pruritus ausgenommen — ganz gute Resultate. Die Dosis betrug 0,3—0,5 mmg täglich in einer leichten Antipyrinmixture, mindestens 1 Monat gegeben. In 4 Fällen von *Asthma nervosum*, wo die verschiedenen narkotischen Mittel während der Anfälle sich erfolglos erwiesen, bewährte sich Hyoscin subcutan; Autor gab es in Lösung oder Pillen Wochen lang in minimaler Dosis und ging über zu grösserer subcutaner Dosis (bis zu  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  mmg, mit Coffein gemischt) während des Anfalls. Rasche Coupierung oder bedeutende Milderung und Abkürzung des schweren Anfalls. Hyoscin, in gleicher Dosis subcutan verabreicht, wirkte ausgezeichnet auch in schweren Fällen *maniacalischer Exaltation*; es brachte hier und da sogar 8—9stündigen Schlaf. Das Mittel ist hier von besonderem Werth für den Arzt, wenn es darauf ankommt, die Ueberführung in eine Anstalt zu vermeiden oder aufzuschieben. Sind die schweren Exaltationsanfälle vorüber, so kann dasselbe in geringer Dosis als Mixture gegeben werden, zumal Geschmack und Geruch ganz ausfallen und unangenehme Nebenwirkungen des Mittels bei kleiner Dosis nicht in Betracht kommen. Vor grossen Dosen ist freilich zu warnen. Sie sollen nur zur Anwendung gebracht werden, wenn schon andere Mittel erfolglos versucht worden sind; bei vorsichtiger Anwendung sind sie bei acuten Exaltationszuständen von unschätzbarem Werth. Dieses zuverlässigste Beruhigungsmittel, wo es in der üblichen grossen Dosis ( $\frac{1}{2}$  mmg) nicht helfen wollte, übte in wiederholter und gesteigerter Dosis nur noch recht unangenehme Nebenwirkungen aus. Contra-indicirt ist das Mittel bei jungen Kindern und bei Erkrankungen des Herz- und Gefässsystems.

(Neurolog. Centralblatt 1905, No. 10.)

— **Holzwolle bei der Inhalation aetherischer Oele und ähnlicher flüssiger Medicamente** empfiehlt Dr. M. Ruprecht (Bremen). Er sagt:

„Zur möglichst einfachen Inhalation von Terpentinöl u. dgl. wird meist empfohlen, das Oel auf heisses Wasser zu tropfen und einzuathmen oder für andauernden Gebrauch eine Art Wasserpfeife anzuwenden. Ich möchte nur darauf hinweisen, dass wir in der Holzwolle, d. h. den feinen Spähnen, wie sie in grossen Tischlereien beim

Fräsen und Maschinenhobeln abfallen und als Packmaterial eine weitverbreitete Anwendung finden, einen unübertrefflich schönen, leicht zu beschaffenden Stoff für diesen Zweck besitzen. Füllt man z. B. eine ca. 2 cm weite und 10 cm lange Glasröhre mit abgeglühten Enden mit Holzwolle, tränkt diese mit Terpentin oder dergleichen, so hat man einen ungeheuer einfachen, stets leicht mitzuführenden und gebrauchsfertigen Inhalationsapparat. Dabei ist der kleine Apparat gerade wegen seiner grossen Einfachheit äusserst sauber, da die Flüssigkeit an die Holzwolle völlig gebunden ist. Natürlich lassen sich derartige Vorrichtungen in jeder Grösse und auf die verschiedenste Weise mit Leichtigkeit herstellen. Es genügt sogar, ein gewöhnliches weithalsiges Medicinfläschchen mit der mit dem Medicament getränkten Holzwolle zu füllen und dieses unter die Nase oder vor den Mund zu halten. Die erhebliche Oberflächenvertheilung bewirkt auch dann noch eine kräftige, wenn auch nicht solange gleichmässig andauernde Verdunstung. In gleicher Weise eignet sich Holzwolle zur Aufnahme von Lignosulfit, Menthöl. Perubalsam und allen ähnlichen Substanzen. Sie saugt diese gierig auf, vertheilt sie über eine ausgedehnte Oberfläche und bietet — das ist besonders wesentlich — der hindurchstreichenden Luft so gut wie gar kein Hinderniss, so dass die Athmung nicht erschwert wird, wie dies z. B. bei der bekannten Terpentinpfeife und manchen anderen Vorrichtungen in Folge des Wasserdruckes auch bei weiten Zuführungsrohren doch immer ein wenig der Fall ist.“

(Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1905 No. 3.)

- **Ueber Vials tonischen Wein** theilt Dr. M. Steiner (Herzogl. Landeskrankenhaus Altenburg, S.-A.) seine Erfahrungen mit. Das Präparat besteht aus Chinawein, Fleischextract und Calciumlactophosphat, drei eminent wirksamen Bestandtheilen. Kein Wunder, dass die Combination eine ausgezeichnete tonische, roborirende und anregende Wirkung hat. Autor behandelte damit zehn Pat., zum Teil äusserst heruntergekommene Personen, und war mit den Erfolgen sehr zufrieden. Bei Phthise speciell leistete der Wein die grössten Dienste. Aber auch bei allen Arten von Verdauungsstörungen, Schwächezuständen, in der Reconvalescenz nach langen Krankheiten u. dgl. bewährte er sich bestens.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 21.)

- **Ein Erlebniss mit dem Wasserstoffsperoxyd Merck (Perhydrol)** hatte Dr. Altdorfer (Wiesbaden) resp. eine Pat. von ihm, der er wegen Angina eine 3%ige Lösung davon zum Gurgeln verschrieben. Die Lösung wurde nur zum Theil verbraucht, etwa die Hälfte dann in der Flasche auf einem Wandbrett aufbewahrt. Etwa 14 Tage später erfolgte eine heftige Explosion, die ziemlich dicke ( $\frac{1}{2}$  cm) Flasche wurde zersplittert, die Splitter über 4 m weit ins Zimmer geschleudert. Es ergab sich, dass die Flasche nicht mit einem einfachen Kork verschlossen war, sondern dass sich daran ein Patent-Hebelverschluss befand, wie er an Bierflaschen angebracht ist. Wahrscheinlich hatte die Berührung der Lösung mit dem zum Verschluss gehörenden Gummiring zur Zersetzung der Flüssigkeit mit Gasbildung geführt, die dann infolge des hermetischen Verschlusses die Explosion verursachte. Es ist daher mit der Explosionsgefahr bei Perhydrollösungen zu rechnen, jedenfalls aber vor dem Gebrauch jener Flaschenverschlüsse für solche zu warnen.

(Therap. Monatshefte, Mai 1905.)

- Um **Chinin subcutan zu injiciren**, benütze man, so rath Dr. O. Müller (Hongkong) die sterilisirten Subcutaninjectionen von Dr. Kade, Oranienapotheke, Berlin SO. Diese Firma bringt solche (Chinin, Morphinum, Ergotin, Campher, Aether, Pilocarpin u. s. w.) zu den gebräuchlichen Einzeldosen und zu mässigem Preise in den Handel, nach vorheriger Sterilisation in Glastuben zu 1 ccm Inhalt — also einer Pravazspritze entsprechend — eingeschmolzen. Um also z. B. 0,5 g Chinin. bimuriat. zu injiciren, braucht man nur den Hals des Glasröhrchens abzubrechen und den Inhalt in die Spritze einzuziehen. Bei den vielen Hunderten von Chinin-injectionen, die Autor jährlich macht, haben sich diese Injectionen als sehr werthvoll erwiesen; Abscesse oder Nekrosen kamen danach nicht vor.

(Therap. Monatshefte, Mai 1905.)

## Bücherschau.

---

- Döderlein und Krönig haben kürzlich (bei G. Thieme, Leipzig) ein Werk **„Operative Gynaekologie“** betitelt, veröffentlicht, das zu jenen Büchern gehört, die der deutschen Wissenschaft und deutschen Publicistik zur höchsten Ehre gereichen. Schon die äussere Ausstattung ist eine ungemein splendide, die 182 zum Theil farbigen Abbildungen, überraschend plastisch und klar auch die kleinsten Details zur Darstellung bringend, ganz vorzüglich ausgeführt. Durch Klarheit und Präcision zeichnet sich auch der Text aus, sodass auch der prakt. Arzt sich leicht zurecht findet und den Schilderungen folgen kann. Er wird ja diese Operationen nicht selbst ausführen; aber der wirklich gebildete Arzt orientirt sich auch über das genau, dessen praktische Ausführung er anderen überlassen muss, und er wird sich deshalb gewiss nicht scheuen, dies Werk (Preis: Mk. 21) seiner Bibliothek einzuverleiben, das ihn in Wort und Bild über die operative Behandlung der Frauenleiden in so ausgezeichnete Weise unterrichtet. Die Abbildungen wurden meist während der Operationen selbst gezeichnet, sind also wirklich lebenswahr, die Reproduction genügt den höchsten Ansprüchen, die man überhaupt an Bilder stellen kann. Wir können nur wiederholen: auch der prakt. Arzt wird an diesem Werke die grösste Freude haben und es immer wieder gern zur Hand nehmen.
  
- **„Einführung in die ärztliche Praxis“** nennt K. Hundeshagen, Arzt in Bebelnheim, sein soeben erschienenes Buch (Verlag von F. Enke in Stuttgart. Preis: Mk. 6). Je schwerer die Existenzfrage für den Arzt, besonders für den jungen, sich neu niederlassenden, wird, je bedrohlicher sich die wirthschaftliche Lage der Mediciner gestaltet, desto nöthiger und wichtiger ist es, dass derselbe sich mit seinen Standesangelegenheiten aufs intensivste beschäftigt, die praktischen Interessen seines Standes stets und überall im Auge behält. Leider kommen die meisten Aerzte in die Praxis, ohne selbst über das Wichtigste aus diesem Gebiete orientirt zu sein, ohne Kenntniss der ärztlichen Rechte und Pflichten.

welch letztere infolge der socialen Gesetzgebung besonders weitgehende sind. Diese Unkenntniss rächt sich bei dem Einzelnen und schadet der Gesammtheit des Standes, und es besteht daher für jeden Arzt die Pflicht, sich mit allen diesen ärztlichen Interessen und Standesfragen bekannt zu machen. Das Buch von Hundeshagen bietet ihm dazu sehr gute Gelegenheit, da in demselben alles besprochen ist, was der Arzt nach jener Richtung hin wissen muss. Die Eintheilung des Stoffes ist eine übersichtliche, die Darstellung klar und präcis. Wer dies Buch vor der Niederlassung und in der ersten Zeit seiner Thätigkeit studirt, wird viel voraus haben vor denjenigen, welche glauben, diese Dinge als nebensächlich betrachten zu dürfen und nur an ihrer wissenschaftlichen Fortbildung arbeiten. Diese genügt heutzutage für den praktischen Arzt nicht! Aber auch der ältere Praktiker wird sich gern in dem Buche hier und da Rath holen. So sei dasselbe allen Collegen warm empfohlen.

- Ein kurzer **Leitfaden zum Augenspiegelcurs** hat uns gefehlt. Privatdoc. Dr. Salzer hat diese Lücke ausgefüllt. Sein Leitfaden (Verlag von J. F. Lehmann, München. Preis: Mk. 5) wird dem Anfänger im Ophthalmoskopiren schätzenswerthe Dienste leisten. Es bringt nur das Nothwendige, und das in möglichst einfacher, verständiger Weise und beantwortet die Fragen, die sich einem bei den Augenspiegelübungen entgegenstellen, kurz und klar. Das kleine Buch wird sich viele Freunde erwerben.

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

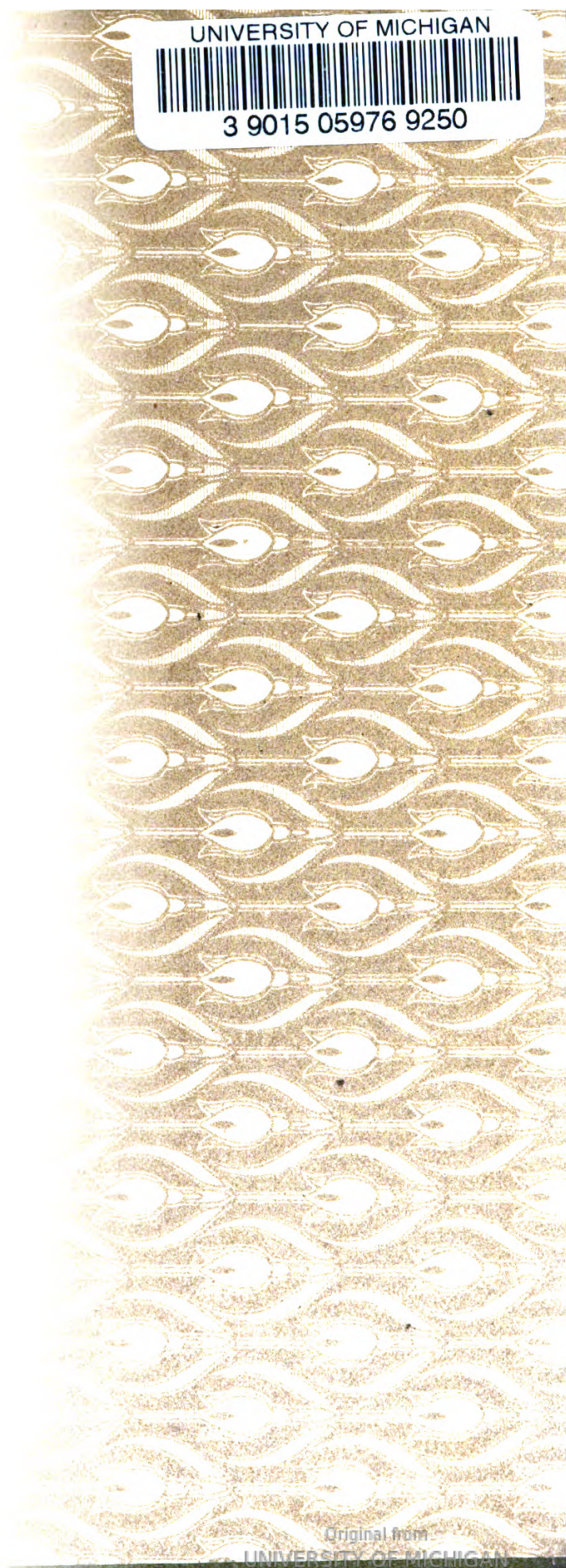




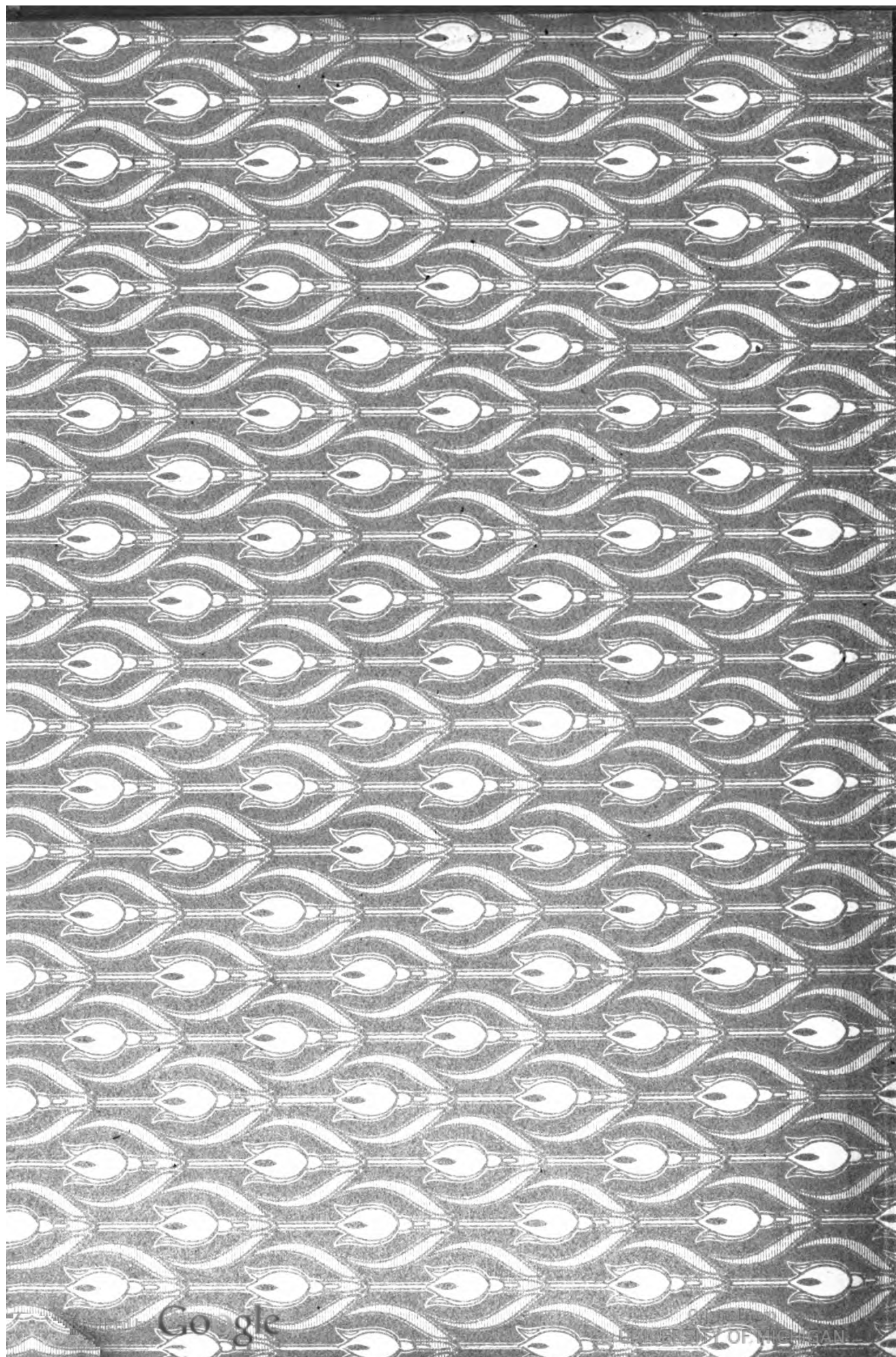












UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 05976 9250

Digitized by  
Google

UNIVERSITY OF MICHIGAN



